

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 150

TRAITEMENT
DE
VINGT CAS d'INFECTIONS
DE LA

Grossesse et des Suites de Couches
par le Stock-vaccin du Professeur DELBET.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri BRUNEL

né à CAMPAGNAN (Hérault) le 28 Juillet 1894



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1922

TRAITEMENT
DE VINGT CAS D'INFECTIONS
de la GROSSESSE et des SUITES de COUCHES

PAR LE
Stock-vaccin du Professeur Delbet



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 150

TRAITEMENT
DE
VINGT CAS d'INFECTIONS

DE LA

Grossesse et des Suites de Couches
par le Stock-vaccin du Professeur DELBET.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri BRUNEL

né à CAMPAGNAN (Hérault) le 28 Juillet 1894



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER ROQUE BARD TIXIER BERARD COMMANDEUR, ROLLET NICOLAS LEPINE (J.) WEILL POLOSSON (A.) LANNOS ROCHET N.-JOSSE CLUZET HUGOUNENQ MOREL MOREAU GUIART LATARJET POLICARD DOYON COLLET MOURIQUAND PAVOT VILLARD ARLOING (F.) Etienne MARTIN COURMONT (P.) PIC FLORENCE
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique neurologique et psychiatrique	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	
Clinique des maladies des voies urinaires	
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	
Chimie biologique et médicale	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutiques générales	
Anatomie pathologique	
Chirurgie opératoire	
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM. NOGIER	MM. SAVY	MM. HOVELACQUE	MM. ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	F'AVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COT'IE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions
CADE	DUROUX	CORDIER	
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. COURMONT, *Président*; M. GARIN, *Assesseur* ;

MM. ROCHAIX et CORDIER, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur P. COURMONT

Médecin des Hôpitaux

Nous l'assurons de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé VORON

Accoucheur des Hôpitaux

Nous lui devons le sujet de cette thèse et lui sommes très reconnaissants de nous avoir accueilli avec tant de bienveillance dans son service.

Qu'il veuille bien agréer l'expression de nos hommages respectueux.

A Monsieur le Professeur Agrégé ROCHAIX

Pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée et l'intérêt qu'il nous a témoigné : nous le prions d'agréer nos sincères remerciements.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

de la Faculté de Médecine de Lyon
et de l'Ecole du Service de Santé Militaire

TRAITEMENT
DE VINGT CAS D'INFECTIONS
de la GROSSESSE et des SUITES de COUCHES
PAR LE
Stock-vaccin du Professeur Delbet

AVANT-PROPOS

C'est avec un sentiment de légère crainte, que nous abordons les sentiers tant de fois battus de l'infection puerpérale et de ses agents infectieux, de l'action générale des vaccins.

Depuis la guerre, bien des travaux ont été faits sur la vaccinothérapie dans les infections aiguës et le dogme de la spécificité des vaccins a été quelque peu battu en brèche.

Dans ce travail, nous n'avons pas voulu donner une appréciation générale sur la valeur du stock-vaccin du Professeur Delbet ; nous avons cherché uniquement l'action de ce vaccin dans 20 cas d'infections puerpérales, dans le but de constituer un document, que les distinctions et l'accumulation des faits sur le mode d'action des vaccins employés dans un but thérapeutique, permettront d'utiliser pour des recherches ultérieures.

Nous avons trouvé auprès de M. le Professeur agrégé Voron, l'accueil le plus bienveillant, la liberté d'action la plus complète dans son service, une complaisance infatigable à nous prodiguer ses conseils. . . Nous regrettons que notre incapacité et le peu de temps que comportent nos études, ne nous aient point permis de mettre en valeur une si riche matière et de remercier ainsi dignement ceux qui nous prodiguèrent les marques de la plus vive cordialité.

Nous adressons nos vifs remerciements à M. le Professeur agrégé Rochaix pour l'aide précieuse qu'il nous a prodiguée au cours de ce travail. Nous n'avons garde d'oublier notre vieil ami, M. J. Bouvier, interne des Hôpitaux, M. Gaté, Lebœuf, nos maîtres du service de santé militaire.

INTRODUCTION

Le jour où notre camarade, le Docteur Richard soutenait sa thèse sur le « Traitement de 62 cas d'infections de la grossesse et des suites de couches », notre maître, M. le Professeur agrégé Voron nous donnait la mission de continuer l'étude du stock-vaccin du Professeur Delbet dans les infections de la puerpuéralité, en ayant soin de déterminer l'identité des germes infectieux.

Nous avons repris cette étude en nous conformant à la méthode édictée par le Professeur Delbet. Le stock-vaccin, que nous avons employé à peu près exclusivement, était un stock-vaccin polyvalent en tous points semblable au « Propidon ».

Trois injections de quatre centimètres cubes à la face externe d'une des deux cuisses ; chaque nouvelle injection n'étant faite qu'une fois la réaction thermique précédente terminée.

Au préalable, nous avons fait un examen aussi complet que possible de chacune de nos malades, afin de dépister toutes les contre-indications à la méthode vaccinale (terrain, hérédité, affections cardio-vasculaires, albuminuries, cachexies).

Systématiquement, nous avons fait un prélèvement de lochies dans le col utérin (dilatation du vagin au speculum, repérage de l'orifice du col utérin à l'aide d'une lampe électrique) en nous servant de portetampons stérilisés en tubes clos.

En temps opportun, nous avons fait une ou plusieurs hémocultures et une culture du sang de la malade sur gelose sanglante (procédé de Schottmuller).

Ensemencement des lochies sur gelose sanglante (sang humain frais ou défibriné) en boîte de Pietri (méthode du Professeur Fabre).

Nous avons eu à cœur de suivre les conseils de notre président de thèse, M. le Professeur P. Courmont. Avec un seul point de l'écouvillon, imprégné de sérosités lochiales, nous avons dessiné des stries parallèles à la surface du milieu de culture ; immédiatement après, examen direct des lochies.

Pour base de la virulence du streptocoque, nous avons pris son pouvoir hémolytique sur gelose sanglante. Afin de différencier le streptocoque non hémolytique, du pneumocoque et de l'entérocoque, nous avons repiqué les colonies du bluttagar sur bouillon bile, bouillon anaérobie, bouillon ascite.

Au sujet des diplocoques maintes fois rencontrés dans les cultures, voici ce que nous avons observé :

Sur gelose sanglante, colonies plus grosses que celles du streptocoque, rondes, blanchâtres, non hémolysantes. Ces colonies repiquées sur milieux à la bile, bouillon ascite, bouillon anaérobie ne donnèrent pas de culture avec la bile, cultivèrent bien dans le bouillon ascite, moins bien dans le bouillon anaérobie.

Au microscope : chainettes longues et diplocoques prenant le gram ; ces diplocoques étaient des diplostreptocoques.

Dans un seul cas nous avons obtenu des colonies bleuâtres, rondes, non hémolytiques, qui repiquées sur milieu anaérobie, donnèrent dans ces trois milieux des cultures abondantes. Au microscope, diplocoques en besace et chainettes très courtes (quatre éléments au plus) prenant le gram. Nous avons pensé à l'entérocoque de Thiercelin. Le colibacille a fait preuve de son identité sur milieux au neutral roth, bouillon carbonate, gelose tournesolée, réaction de l'indol (eau peptonée).

Résultats bactériologiques des cultures des lochies :

1° Streptocoque hémolytique moyen associé au staphylocoque : Observation I, II, 2° partie ; observation III, 1^{re} partie.

2° Streptocoque moyen hémolytique associé à des diplostreptocoques et au staphylocoque : Observations VIII et IX.

3° Streptocoque moyen hémolytique associé à des diplostreptocoques, staphylocoques, colibacilles : Observation XII ; à du bacille diphtéroïde : Observation VII

4° Streptocoque hémolysant moyen associé au colibacille : Observations IV, V, XI et XIV.

5° Entérocoque associé à du bacille diphtéroïde court : Observation III.

6° Streptocoques hémolytiques : Observation X.

Abcès du sein (examens directs et cultures : staphylocoques).

Hémocultures. — Positive dans trois cas (deux à streptocoques, une à colibacilles); les autres négatives.

Au point de vue clinique, ces vingt observations se classent en :

Infections généralisées aiguës	3
Salpingites	9
Phlegmons pelviens ou du ligament large	3
Endométrites	2
Abcès du sein	3

Terminons en disant que le traitement des infections généralisées par le stock-vaccin de Delbet associé à la méthode des abcès de fixation est une thérapeutique de désespoir, qui ne devrait pas toujours être rejetée (un cas de guérison dans une infection sanguine à streptocoques). Le traitement des infections localisées par cette même méthode donne des résultats variables, qui n'emportent pas les convictions ; enfin, l'emploi des vaccins doit être fait avec une extrême prudence.

CHAPITRE PREMIER

L'Infection puerpérale.

Son agent habituel : le streptocoque pyogène.

De tout temps les accidents propres aux accouchées, caractérisés par des inflammations d'une nature maligne, ont été considérés comme une sorte de toxémie, un empoisonnement véritable, dont la cause est restée indéterminée jusqu'à nos jours (Doleris).

La doctrine localisatrice resta vaine, seule la théorie essentialiste, formule sans cesse transformée, devait bénéficier au xix^e siècle des découvertes de Pasteur.

Caractérisée au début par la doctrine hippocratique de la rétention des lochies, elle entrevoit dans la diversité des formes infectieuses de la puerpéralité, la pluralité des germes pathogènes (Plata, 1537); Mercurialis, 1582; Forestas, 1590), évolue au xviii^e siècle vers la notion de putricité, de métastases laiteuses (Puzos, 1686), crée le mot de fièvre puerpérale (Strother, 17181) et admet l'identité de cette der-

nière avec l'infection chirurgicale (Siredey) en reconnaissant comme cause l'influence des miasmes aériens.

Indécise sur les notions d'infection et de contagion dans les suites de couches (P. Dubois et Depaul), cette théorie voit au siècle dernier se préciser ces notions primordiales, que Tarnier a le mérite d'appliquer le premier.

Dès 1862, Suffermann affirmait, sans preuves, l'origine bactérienne de l'infection puerpérale. Coze et Feltz (1869), Recklinghausen, puis Waldayer et Orth (1872), trouvaient des chaînettes et des bactéries moniliformes dans le sang des femmes infectées. Hervieux (1870), admettait la diversité des affections puerpuérales. Orth (1873), apportait la preuve expérimentale de l'origine microbienne de l'infection puerpuérale, en reproduisant chez l'animal les mêmes accidents infectieux par injection sous-cutanée de liquide péritonéal.

En 1879, Pasteur découvre et cultive le streptocoque puerpuéral et le décrit. Doleris, en 1880, publie ses recherches sur les microbes infectieux de la fièvre puerpuérale et affirme la pluralité des germes dans cette infection.

Cependant Chauveau (1882), Arloing (1883), déclarent que seul le streptocoque est en cause dans la septicémie puerpuérale, idée que Widal met en relief dans sa thèse de 1889.

Entre temps, les idées de Doleris se confirment en France et à l'étranger.

Frankel (1884), Cushing, Nœgerath (1886), Brieger

(1888), rencontrent différents streptocoques ; Bumm (1891), Vignal, admettent avec Du Bouchet et Fehling (1892) la pluralité des germes pathogènes; Widal voit le streptocoque associé au staphylocoque, Netter et Bonnaire le staphylocoque seul, Widal et Chantemesse le bactérium coli.

Les travaux se multiplient en Allemagne, en Italie, si bien que Doleris, au Congrès international de 1900, peut faire le procès de l'unicité pour admettre la pluralité des germes infectieux.

Depuis, on a constaté des septicémies puerpérales à colibacilles, à bacilles anaérobies, à streptocoques et bacilles de Löffler (Fabre), à enterocoques (Gonnet et Bujadoux); de toutes ces recherches un fait reste bien établi, le streptocoque est l'agent habituel et prédominant, mais non spécifique, de l'infection puerpérale.

L'histoire du streptocoque est longue. Tour à tour, on a conclu à la diversité des streptocoques ou à leur unicité. Actuellement l'accord n'est pas encore complètement fait et il serait imprudent de prendre parti pour l'une ou l'autre des deux théories.

Bornons-nous à dire que le streptocoque hémolytique longus est l'agent le plus redouté dans les infections puerpérales et plus encore dans les formes généralisées.

Un ou des streptocoques, différents microbes, hôtes normaux des voies génitales de la femme enceinte ou accouchée, peuvent, par une cause inexpliquée, devenir les agents de la fièvre puerpérale.

En résumé, l'infection puerpérale est dans la majorité (1892), la pluralité des germes pathogènes ; Widal

majorité des cas une septicémie à streptocoques, souvent une infection polymicrobienne, plus rarement due à un microbe pathogène quelconque.

PORTE D'ENTRÉE. — FOYERS PRIMITIFS. — MIGRATIONS
LOCALISATIONS DES MICROBES PUERPUÉRAUX

Si le vagin est un milieu septique, les sécrétions vaginales normales sont microbicides. L'infection puerpérale ne peut être due qu'à une circonstance favorisante (antécédents infectieux antérieurs ou contemporains de la puerpéralité, terrain défectueux, circonstances de l'accouchement, manœuvres abortives ou virulence soudaine des agents microbiens).

Ces microbes pathogènes et plus spécialement le streptocoque ont pour habitat le vagin, le col utérin, la caduque utérine, les caillots sanguins. Le foyer infectieux étant créé, voici comment évolue l'infection :

1° Inflammations et suppurations locales du post-partum et du post-abortum, (déchirures vulvaires, bartholinites); généralisation par voies diverses (annexites, etc.).

2° Inflammations et suppurations locales de la muqueuse utérine ou se généralisant par voie migratrice (pyosalpinx, péritonites, annexites, pelvi-péritonites, cellulites).

3° Infections par voie veineuse des vaisseaux utérins ou du paramètre (phlébites, péri-phlébites, paramétrites, annexites, réactions de voisinage du péritoine).

4° Infections par voie lymphatique des vaisseaux lymphatiques utérins ou du parametrium (phlegmons du paramètre, suppuration des ovaires).

5° Inflammations mixtes par voie muqueuse, veineuse, lymphatique, cellulaire.

6° Inflammations localisées, puis généralisées à tout l'organisme (pyohémie sanguine).

7° Enfin, dans une classe à part, les abus puerpéraux du sein.

CHAPITRE II

Mode d'action général des vaccins du stock vaccin du Professeur Delbet en particulier.

Les innombrables recherches sur les vaccinations ont démontré que l'injection préventive de microbes tués ou de produits bactériens, confère l'immunité.

A cette méthode prophylactique, Wright et ses élèves ajoutèrent une thérapeutique nouvelle, celle des vaccins employés dans un but curatif.

Le principe fondamental, d'où l'on est parti, reposait sur la spécificité des vaccins. Imbus de ces idées, on utilisa avec des résultats tantôt heureux, tantôt négatifs, des cultures de microbes provenant du malade lui-même (auto-vaccins).

Dans les vaccins, il faut considérer deux actions nettement opposées, l'une lointaine, l'autre immédiate.

L'action lointaine ou vaccinnante, spécifique est une véritable vaccination préventive. Elle est la signa-

ture de la spécificité des vaccins dans la bénignité des récidives des différentes formes de la fièvre typhoïde (polyvaccin TAB) et de l'atténuation des infections profondes et chroniques telles que l'ostéomyélite stock-vaccins polyvalents).

Cependant l'action vaccinante est en défaut dans les infections aiguës. On pensait qu'au début de la période d'état de la maladie infectieuse, il n'existait pas en quantité suffisante des anticorps vaccinaux et qu'en injectant à plusieurs reprises des corps microbiens spécifiques on ferait apparaître les anticorps nécessaires pour la constitution de l'immunité.

L'organisme peut se défendre en effet, soit par ses propres moyens (kataphylaxie) ou par une réaction sous l'influence du vaccin ; cette dernière est en fait une réaction thérapeutique ou une réaction aggravante (réaction apophylactique ou négative), car on n'a encore jamais pu prouver que l'injection d'un vaccin détermine l'élaboration d'anticorps *in situ* (Flexner).

L'emploi des vaccins à titre curatif est donc difficile à justifier dans l'état actuel de nos connaissances. L'action immédiate des vaccins employés dans un but curatif se ramène à une action de choc et la formation d'anticorps spécifiques ne domine pas leur action thérapeutique.

La preuve en est que dans l'emploi de vaccins à microbes spécifiques (vaccins antigonococciques, antituberculeux de Maragliano, etc.) ou quelconques vaccin antipyocyanique dans les infections streptococciques (Favreuil et Fortineau), dans la fièvre

typhoïde (Rumpf, 1893); vaccin à colibacilles dans la fièvre puerpérale (Krause); vaccin à bacilles typhiques dans le lupus érythémateux (Engmann)] - ou des vaccins à microbes non pathogènes ou dépourvus de toute toxicité (Mante) [vaccin à streptocoques et bacilles prodigiosus dans le lupus tuberculeux (Hallepau et Roger)], — on obtient (vaccins spécifiques ou non spécifiques) de brillants succès, mais aussi de nombreux échecs.

Remarquons que la tuberculine (lymphe de Koch) détermine aussi bien une réaction chez le tuberculeux que chez le cancéreux l'actinomycosique ou le lépreux et que le tuberculeux réagit au vaccin anti-pyocyanique (Charrin), aux protéines microbiennes du pyocyanique, du bacille prodigiosus, du pneumobacille (Buchner et Romer), aux dentéro-albumoses de la lympe de Koch.

En réalité, les vaccinations à microbes spécifiques, ne sont pas spécifiques, mais indifférentes. Un phénomène domine toute leur action thérapeutique immédiate, c'est l'action de choc.

Il faut donc être prudent avant de prononcer le mot de vaccination spécifique (P. Courmont (1)).

Tous ces faits nous éloignent de plus en plus de la spécificité des vaccins employés dans un but thérapeutique.

« Il est certain, que dans la vaccinothérapie telle qu'elle a été pratiquée, par exemple dans la fièvre typhoïde à l'aide de cultures tuées, de bacilles

(1) Lyon Médical, 25 Juin 1922.

d'Eberth (citons également la vaccinothérapie de la blennorrhagie et de ses complications, de l'asthme, de l'asthme tuberculeux, des affections pulmonaires aiguës, etc., par les agents pathogènes de ces affections), certains succès immédiats, attribués à la réaction spécifique du vaccin, relèvent en réalité de la réaction du choc protéique que peut déterminer toute protéine microbienne » (Widal).

Il fallait dès lors attribuer un rôle thérapeutique aux protéines microbiennes. On fit alors, avec un succès parfois impressionnant, des injections de peptones (Nolf), de protéines ou d'albumines les plus hétérogènes, d'extraits de leucocytes, de lait bouilli (Schmitt 1916, Muller, Saxl, Thiroloix) de substances protéiques tirées du lait (1) (caséosan, aolan, ophthalmosan, albusol), d'injections sous-cutanées avec le propre sang du malade (autohémothérapie), de métaux colloïdaux, de lipoïdes. Ce sont des peptothérapies, des protéinothérapies, des colloïdothérapies.

Les mêmes succès ont été obtenus avec des émulsions microbiennes [(Ludki, vaccin anti-typhoïdique à bacilles d'Eberth et protéoses) (Culver, vaccin à gonocoques, méningocoques, colibacilles et protéoses) (lipo-vaccin de Lequeux, Laffont et Chomé) (Delbet, 1914, vaccin à streptocoques, staphylocoques, pyocyaniques et présence de peptones protéolytiques) avec des stock-vaccins polyvalents (vaccin de Gremy, Ranque et Senez).

« En réalité nous voyons que s'il y a intérêt à injecter

(1) M. L. Bonnet. Lyon Médical, Avril 1922.

ter un vaccin spécifique dans la prévention des malades, il y a aussi un grand nombre de substances étrangères, non spécifiques, capables de provoquer, par un mécanisme encore discuté, un influence heureuse sur l'évolution des infections. » « Se sont des thérapies plutôt que de véritables vaccinations. » (Communication à la Société de Chirurgie du 4 février 1920, réponse de M. le Professeur Tuffier).

M. le Professeur Delbet dit dans cette même communication « ces réactions et même ces réactions extrêmement violentes, accidents toxiques de l'ordre du choc « protéinique », que Widal a appelé crises hémoclasiques, s'accompagnent de modifications heureuses de la lésion que l'on cherche à traiter et non d'aggravation, ce qui se produirait s'il s'agissait d'une variation négative dans le sens que Wright donne à ce mot. »

Dès 1914, MM. Delbet et Beaury ont en effet préconisé, dans le traitement des infections chirurgicales locales, l'injection sous-cutanée de streptocoques, staphylocoques, pyocyaniques, atténués par vieillissement et chauffage. Ce vaccin réalise ces réactions exposées par M. le Professeur Delbet dans sa première communication à la Société de Chirurgie.

Un ensemble de symptômes cliniques caractérisent ces peptothérapies, ces protéinothérapies, ces auto-hémothérapies (1), ces colloïdothérapies, ces vacci-

(1) MM. Gate et Dupasquier. (Journal de Médecine de Lyon, Juin 1922) observent un choc thérapeutique, dont la crise hémoclasique est le témoin dans le traitement de certaines dermatoses par l'autohémothérapie.

nothérapies à vaccins polyvalents purs (Ranque et Senez, Gremy) ou associés à des peptones (Delbet), en un mot, ces pyrothérapies comme les appellent les allemands, ce sont : « Ces frissons, fièvre élevée, dyspnée, cyanose, angoisse suivie de chute de la température avec amélioration de l'état général et local » (Professeur Tuffier).

C'est le phénomène du choc thérapeutique, choc protéinique analogue au choc hémoclasique de Widal. Pour produire ce choc thérapeutique par voie sous-cutanée à l'aide de corps microbiens, il est nécessaire d'en injecter une grande quantité, cependant avec des faibles doses, le choc peut être observé.

La réalité de la colloïdoclasie est prouvée par les réactions vasculo-sanguines, que Widal a montré appartenir à l'état de choc : hypotension, troubles de la coagulabilité sanguine, raréfaction des plaquettes, leucopenie, accès fébriles. Toutes les substances dont nous avons parlé produisent le phénomène du choc, mais de même qu'il y a une gamme dans l'intensité des couleurs, il y a des chocs différents suivant la substance injectée.

On est allé même plus loin dans la thérapeutique des infections microbiennes par le choc. Les observations personnelles de chaque médecin ont contribué à mettre en évidence l'influence heureuse du choc anaphylactique dans les infections aiguës (fièvre puerpérale guérie après état de choc anaphylactique consécutif à l'injection de peptones : Lévy Solal) (guérisons après choc anaphylactique avec l'or colloï-

dal (A. Lumière et Vidal), (avec l'électrargol : Roger).

De nombreuses théories ont tenté d'expliquer ce phénomène (Nicolle, Lumière) MM. Arloing, Dufourt et Longeron ont cherché à contrôler par des recherches expérimentales, l'influence du choc anaphylactique dans les infections microbiennes. « Le choc a guéri 15 % de sujets dans l'infection éberthienne et 30 % dans la septicémie colibacillaire; 88 % des cobayes ont été guéris par le choc à la suite d'une infection pyocyanique. Ces faits confirment expérimentalement les guérisons obtenues en clinique, dans diverses infections, par Widal et ses élèves, Nolf, par Weill et Dufour, au moyen de la colloïdoclasie. Ils expliquent la difficulté et les incertitudes de la méthode, qui dépendent de la gravité de l'infection, laquelle peut défier toute intervention du danger que peut faire courir l'intensité du choc, de la nature de la constitution du microbe infectant.

La plupart des auteurs et en particulier Widal ont bien insisté sur le caractère aléatoire que présente la médication par le choc : « Outre que le résultat peut être nullement favorable, on expose le malade à un choc, qui peut être dangereux et même mortel. Mis en regard des succès brillants que nous avons relatés, ces accidents ne permettent pas de réduire la thérapeutique à des considérations aussi incertaines. »

L'action thérapeutique immédiate des vaccins se traduit non seulement par des symptômes vasculo-sanguins, mais par des réactions violentes analogues au choc colloïdo clasique de Widal, réactions qui,

dans quelques cas heureusement rares, revêtent le caractère de véritables accidents de la méthode vaccinothérapique.

Ces accidents inquiétants prouvent que cette médication est très active et qu'elle doit être maniée avec une grande prudence.

Citons quelques observations :

Observation de M. le Professeur Delbet, 1914 :

« J'ai fait à un malade atteint d'un terrible phlegmon de la main et de l'avant-bras, une injection de vingt milliards de microbes. Quelques heures après, réaction terrible, dyspnée, cyanose, angoisse. Pendant toute l'après-midi, il semblait à chaque instant, que le malade allait succomber. Ultérieurement, cessation des phénomènes toxiques et guérison. »

. Observation de MM. Petit et Breton (*Gazette des Praticiens*, mai 1920) :

« Une jeune femme présente les débuts d'une septicémie que l'hémoculture ne révèle pas. Quinze jours après, frissons, puis apparition d'un abcès face externe d'un bras. L'examen du pus révèle du streptocoque. Le lendemain, nouvel abcès suivit de six autres qui se déclarent les jours suivants.

« Le trentième jour après un traitement anti-infectieux ordinaire, on fait une injection d'un autovaccin de un quart de centimètre cube, soit 12 millions 500.000 microbes.

« Trois heures après, état de collapsus cardiaque terrible qui dura quarante-huit heures. »

De nombreux accidents de ce genre ont été publiés. Nous rapportons ici trois observations personnelles prises dans le service de M. le Professeur Voron.

OBSERVATION I

D... entre à la Maternité le 2 septembre 1921. Primipare, 30 ans, pas d'antécédents héréditaires ni personnels, dernières règles du 17 au 20 novembre 1920. Grossesse normale : accouchement à terme. 15 minutes après, la malade se met à perdre. Compression de l'aorte et de l'utérus.

A ce moment, bourdonnements et vertiges : caféine. Délivrance 1 h. 15 après l'accouchement. Placenta normal du poids de 650 grammes. Poids de l'enfant, 400 grammes.

L'état syncopal persiste : caféine.

Le 3 septembre : état syncopal persistant, pâleur de la face. A l'auscultation : rien au cœur, rien aux poumons.

Le 4 septembre : élévation de la température à 39°2, injection de 2 cc. d'Immunisol.

Le 6 septembre : cinquième jour après l'accouchement, état infectieux. On fait à 11 heures une injection de 4 cc. de vaccin de Delbet (Faculté).

A ce moment, amélioration apparente.

A 13 heures, la malade est prise d'un frisson suivi d'état d'agitation avec cris désordonnés, sans perte de connaissance.

A 14 h. 30, vomissements, convulsions dans les membres supérieurs, respiration stertoreuse, état comateux.

Les pupilles sont dilatées ; trismus, raideur de la nuque et du tronc. Au bout d'un quart d'heure, ces phénomènes s'apaisent la malade peut prendre un peu de chloral.

On constate alors qu'elle n'a pas de morsure de la langue ; pas d'émission involontaire d'urine ; cyanose marquée des lèvres, du nez, des doigts. A aucun moment il n'y a eu d'expectoration. Etat de somnolence sous l'effet du chloral.

La malade, qui avait été envoyée à la première infirmerie, meurt le même jour, dans le coma, après avoir présenté

quelques mouvements convulsifs du membre supérieur droit.

Autopsie : rien aux plèvres, poumons; rien au péritoine ni aux reins et rate.

Utérus : 600 grammes, hauteur 20 centimètres, cavité remplie d'un caillot sans odeur ; ligament large non infiltré.

Cœur : poids, 430 grammes ; hypertrophie du cœur gauche. Végétations d'endocardite récente face auriculaire de la grande valvule à 2 millimètres du bord libre. Mêmes végétations sur le bord libre des valvules aortiques. Coronaires perméables ; pas d'insuffisances (épreuves de l'eau).

Aorte normale.

Pas de rétrécissement aortique, ni mitral.

Système nerveux : rien à signaler.

OBSERVATION II

S... entre à la Maternité le 13 février 1922.

23 ans. Multipare. Dernières règles du 17 au 22 avril. Le 26 novembre, première hémorragie. Le 7 janvier, nouvelle hémorragie.

Malade surveillée pendant les trois dernières semaines de sa grossesse.

Le 13 février : accouchement à terme. Version à dilatation complète pour souffrance de l'enfant (Brakson Hicks). Mort de l'enfant (procidence du cordon), terminaison de l'accouchement en sommet.

Délivrance artificielle : placenta 620 grammes ; léger suintement ; pouls à 110.

A 12 heures, injection de pituitrine, puis sérum de cheval; pouls à 92. La malade ne perd plus ; température à 38°.

Les deux premiers jours, température élevée (37-38°), On fait alors 4 cc. de vaccin de Delbet à titre préventif. Rien d'anormal.

Le cinquième jour, la température est tombée progressivement à 37° ; deuxième injection de vaccin de Delbet de 4 cc. Le soir, la malade est prise d'un frisson violent avec tendance à la syncope. Sueurs, pouls petit, face d'une extrême pâleur. Huile camphrée ; température à 38°5.

La température oscille pendant deux jours entre 38° le matin et 38°6 le soir.

Le 19 février : température (37°5-38°5), chute à 37° le lendemain.

Le 21, oscillations de 37° à 37°3. Apyrexie définitive.

Le huitième jour après l'accouchement, la température est normale. Amélioration notable, puis guérison complète le seizième jour.

OBSERVATION III

(Observation 12, 2 partie)

Première injection de vaccin de Delbet. le 4 février 1922. Deux heures après, frissons, sueurs, collapsus, état syncopal, facies altéré, état inquiétant.

Huile camphrée : cessation des phénomènes trois heures après l'injection de vaccin.

En somme, dans un vaccin, il faut distinguer deux éléments : l'élément spécifique dont procèdent les anticorps, et un élément non spécifique produisant des réactions d'ordre banal, beaucoup étudiées ces dernières années par Widal et ses élèves et que ces auteurs ont appelé chocs colloïdoclasiques. Quelle est la part respective de ces deux éléments dans l'action thérapeutique des vaccins ? La question est complexe et non encore résolue. Il y a certainement des distinctions à faire qui permettront ultérieurement l'accumulation et le classement des faits; mais il en reste un indiscutable, c'est que la spécificité (richesse du vaccin en microbes, moyens de tuer ces derniers et autres conditions de préparation mis à part) n'est pas tout dans l'activité d'un vaccin contre l'infection correspondante. La preuve en est que le vaccin de Delbet se montre, après épreuves comparatives, dans les infections purement staphylococciques, supérieur au vaccin constitué uniquement par des staphylocoques. C'est sans doute à l'action de choc provenant des deux autres constituants microbiens du vaccin de Delbet (streptocoques et pyocyaniques) qu'est due son efficacité supérieure.

Certains auteurs ont montré l'action indiscutable de vaccins dont la constitution microbienne ne correspondait en rien à la nature de l'agent causal de l'infection, contre laquelle ils étaient utilisés (nous avons cité quelques exemples précédemment); ces vaccins ne paraissent agir que par leur élément non spécifique.

Les résultats favorables de la peptothérapie et de la protéinothérapie dans les injections se multiplient ;

routefois, en l'état actuel de la question, il serait prématuré de chercher à donner une théorie explicative de l'action des vaccins et de la vaccinothérapie.

Constatons simplement que, contrairement à ce que l'on croyait jusqu'à ces dernières années, l'action spécifique est loin d'être exclusive.

Elle paraît certaine dans la vaccination préventive, qui, comme on le sait, ne produit que lentement l'immunité spécifique. L'action de choc, qui domine dans les résultats précoces et heureux, paraît prédominante au contraire dans l'efficacité des vaccins appliqués dans un but curatif.

OBSERVATIONS

PREMIÈRE PARTIE

Infections généralisées du post-abortum et du post-partum.

OBSERVATION I

Infection généralisée, suraiguë du post-abortum

L..., 19 ans, primipare. Dernières règles le 26 septembre 1921 ; hémorragie abondante avec nombreux caillots depuis trois jours. Entre dans le service le 13 février 1922.

Fausse couche faite hors du service, délivrance faite deux heures après son entrée. Etat d'anémie avec décoloration des muqueuses, trismus, vomissements, élévation de la température entre 38° et 39°5.

Le 14 février : abcès de fixation.

Le 16 février : injection de 4 c.. de vaccin de Delbet ; pas de réactions notables, température à 39°5 se maintenant entre 38°5 et 39°5.

Le 19 février : deuxième Delbet ; pas de réactions ; température à 39°5, chute à 37°5 le lendemain.

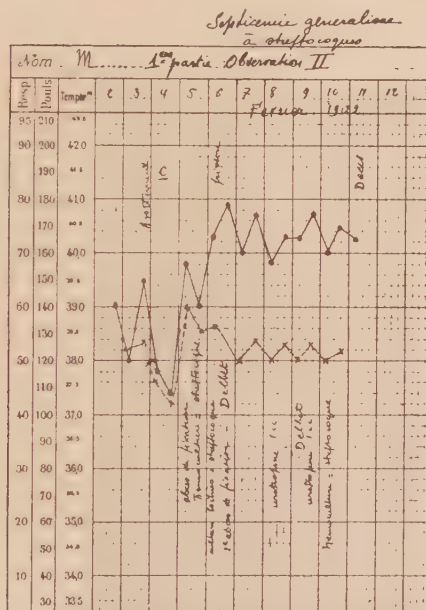
OBSERVATION II

Infection puerpérale suraiguë, post-abortum.

M..., 25 ans, entre le 2 février 1922 avec le diagnostic de grossesse et fibrome.

Pas d'antécédents, primipare, dernières règles le 18 septembre 1921. Grossesse normale jusqu'à il y a trois semaines.

A l'entrée, on constate un écoulement liquide, amniotique probable, coliques.



Toucher : masse volumineuse, dépendante de l'utérus, région supra-cervicale. Col caché derrière le symphyse, mou, ouvert. La main abdominale circonscrit une masse ferme, les mouvements imprimés à cette masse se communiquent à la tumeur pelvienne.

Diagnostic : volumineux fibrome.

Le 4 février : douleurs rapidement croissantes et rapprochées ; frissons ; toucher : même que ci-dessus ; le cordon

pend à la vulve. A 1 heure du matin, expulsion spontanée d'un fœtus viscéral en voie de macération. Délivrance incomplète deux heures après. Curage, membranes fétides. Abscès de fixation.

Le 6 février : injection de 4 cc. de stack, vaccin de Delbet. Réactions locales et générales moyennes. Température à 40°8. Etat général sérieux, facies bon.

Les jours suivants, persistance de la température entre 40 et 41° ; examen somatique négatif ; cependant, foyer avec obscurité respiratoire et frottements pleuraux, base droite ; herpès labial, diarrhée profuse durant 36 heures. On pense à une manifestation grippale ; urotropine. Deuxième abscès de fixation.

Le 11 février : dans la nuit, aggravation subite : dyspnée, angoisse, altération du facies, accélération du cœur avec chute de la tension. Douleurs abdominales, ventre tendu, dur à la pression, tympanisme, indolore. Pas d'écoulement vaginal, examen pulmonaire comme précédemment ; pouls à 160.

Décès à 2 heures de l'après-midi ; douleurs abdominales sans vomissements trois heures avant la mort.

Examens bactériologiques

6 février : hémoculture = streptocoques (chaînettes de 8-10 cocci).

Examen direct des lochies = chaînettes de 7 à 10 éléments.

Culture des lochies sur gélose = colonies petites et nombreuses de streptocoques, colibacille.

Culture des lochies sur gélose sang en boîte de Piétri = streptocoque hémolysant longus.

Recherches d'identification du streptocoque de l'hémoculture sur gélose T, sur Weissenbach : négative,

10 février : hémoculture = streptocoques et diplocoques prenant le Gam.

Repiquage sur bouillon bile = streptocoque ; pas de diplocoques.

Culture du sang de la malade sur gélose en boîte de Piétri (Schottmuller) = streptocoque, longus hémolysant en colonies rares.

Autopsie

L'abdomen rempli de pus jaune vert et de fausses membranes agglutinant les anses intestinales (péritonite généralisée; pus sous le diaphragme). Lésions maxima dans le segment inférieur du ventre où les anses intestinales adhèrent à l'utérus et aux annexes peu reconnaissables. Utérus indemne de tout fibrome, cavité vide, muqueuse sans lésions. Trompe et ovaire gauches intacts. Trompe droite augmentée de volume avec une énorme poche du volume du poing, à paroi épaisse, d'aspect lardacé, à contenu purulent. Pus blanc jaunâtre mal lié. Cette poche adhérant aux anses intestinales, aux parois du pelvis, à l'utérus, il a été impossible de vérifier si la rupture ou la fissuration de la poche a été le point de départ de la péritonite constatée.

Autres organes intacts. A signaler : adhérences pleurales à droite, trois tubercules caséeux du volume d'un gros pois au sommet droit.

OBSERVATION III

Infection généralisée, aiguë, post-partum avec localisation ultérieure.

B..., 35 ans. Primipare. Pas d'antécédents ; dernières règles le 9 avril 1921. Accouchement normal à terme. Premiers signes d'infection le quatrième jour après l'accouchement. Température, lochies fétides. Soignée chez elle. Absès de fixation. Abdomen douloureux à la pression, douleurs bas ventre, pas de vomissements.

Entre dans le service le 12 janvier 1922.

Toucher : col béant, utérus du volume d'une orange ; rien dans les culs-de-sac.

Le 15 janvier : injection de 4 cc. de vaccin de Delbet. Sédation immédiate des douleurs abdominales ; pas de réactions. Température à 40°5, chute à 37° le lendemain.

Le 17 janvier : deuxième Delbet ; aucune réaction notable. A cette date : foyer de congestion poumon gauche. Au tiers inférieur, submatité, respiration rude, râles sous-crépitaux en arrière.

Examen direct des lochies = streptocoque longus.

Culture des lochies = streptocoque longus, staphylocoques.

21 janvier : hémoculture = négative.

15 février : examen du pus = streptocoque longus.

Culture sur gelose sang en boîte de Piétri = streptocoque
hémolysant en colonies rares.

Repiquage sur bouillon bile = streptocoques rares.

Repiquage sur bouillon sang = laquage en huit heures.

DEUXIÈME PARTIE

Infections moyennes du post-abortum et du post-partum avec localisations extra-utérines diverses.

Annexites.

OBSERVATION I

N..., 28 ans, entre dans le service le 29 décembre 1921.

Pas d'antécédents, avortement provoqué à 1 mois 1/2 en 1919. Dernières règles le 15 octobre ; aucun signe de grossesse à ses dires.

Le 3 décembre, écoulement sanguin, depuis régulier et quotidien ; apparition de douleurs dans le bas-ventre, vomissements bilieux, frissons prolongés, sueurs ; un médecin consulté diagnostique une grossesse tubaire à surveiller.

Au palper : ventre tendu et douloureux avec réaction vive plus marquée à droite, au toucher. Suintement hémorragique persistant ; température oscillant entre 36°5 et 37°5.

Au toucher : col fermé, utérus du volume d'un citron, culs-de-sac libres, douloureux ; annexes non perçues.

Le 11 janvier 1922, poussée de salpingite ; début dans la nuit par douleurs abdominales à siège latéral ; vomissements ; atteinte de l'état général. On pense à une rétention placentaire ; curage différé.

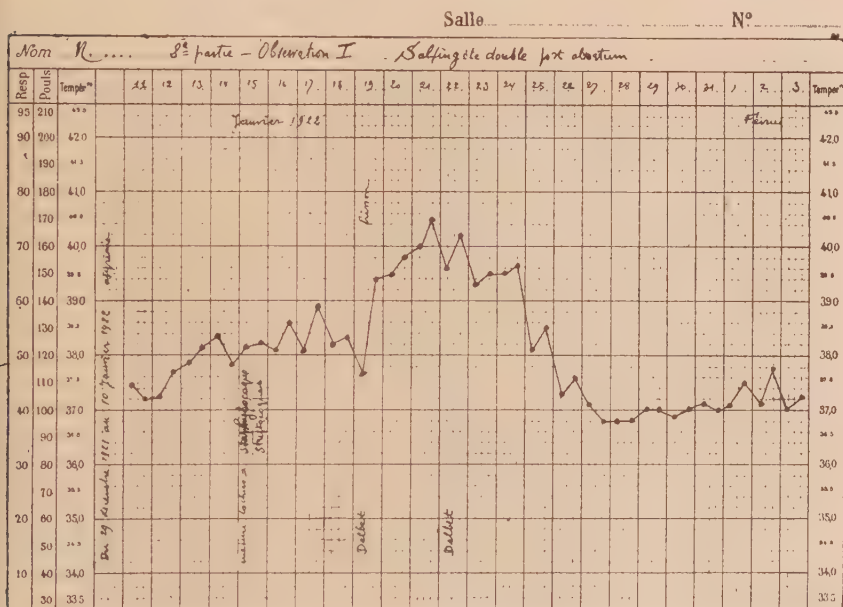
Le 19 janvier : injection de 4 cc. de vaccin de Delbet. Réaction locale peu marquée ; réaction générale : vomissements, céphalée, frissons ; réaction thermique à 39°5 persistant le lendemain, s'élevant à 40°5 le troisième jour.

Le 22 janvier : température initiale 38°5.

Deuxième Delbet ; mêmes réactions ; chute de température en cascade. Pas de sédation de la douleur qui ne s'atténue qu'avec la glace.

1^{er} février : apyrexie depuis quelques jours. Douleurs disparues, cependant douleur spontanée par instants à droite.

Toucher : à droite, masse annexielle du volume d'une noix, ferme, douloureuse, plaquée contre l'utérus.



A gauche, masse de volume plus faible. Utérus normal. Rien dans les culs-de-sac ; état général touché.

La malade quitte le service volontairement le 6 février. Elle revient 15 jours après à la consultation : état général bon, aucun réveil de l'infection annexielle.

Examens bactériologiques

Examen direct des lochies = staphylocoques.

Culture des lochies sur gelose ascite = staphylocoques, colonies de streptocoques rares.

Culture des lochies sur gelose sang = staphylocoques, streptocoque hémolysant moyen.

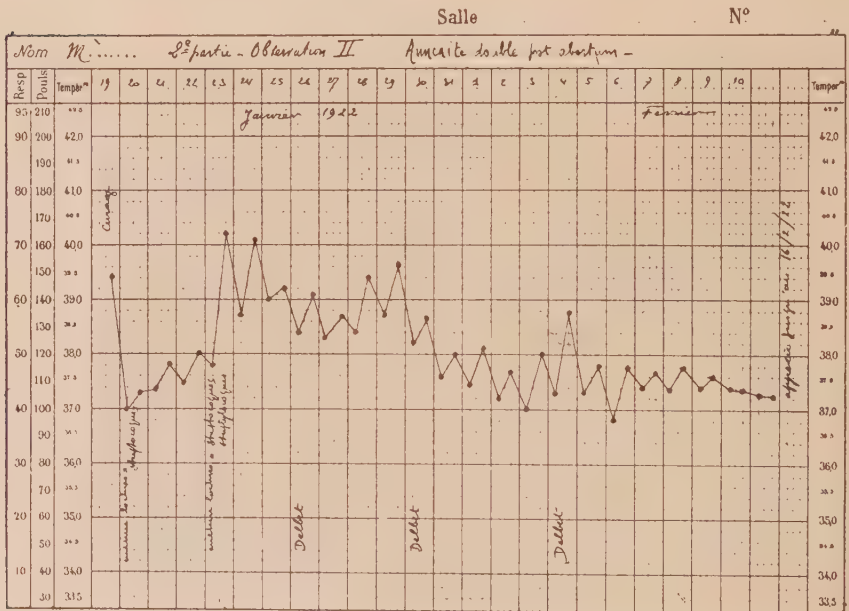
OBSERVATION II

Annexite double post-abortion.

M..., 27 ans, entre à l'hôpital le 19 janvier 1922.

Pas d'antécédents, une grossesse à terme ; dernières règles le 27 octobre 1921.

Le 15 janvier : hémorragie reproduite la veille et le jour de l'entrée dans le service.



Le 26 janvier : injection de 4 cc. de vaccin de Delbet ; réactions nulles ; température à 39°, persistante autour de 38°5, avec clocher à 39°5 et 39°7 les 3^e et 4^e jour.

Le 30 janvier : Deuxième Delbet, malgré 38°2 de température initiale ; réactions nulles ; pas d'élévation de température qui décroît les jours suivants. Sédation de la douleur.

Le 4 février : troisième Delbet ; pas de réactions ; température à 38°9, chute à 37°2 le lendemain. Sédation complète et définitive de la douleur.

A partir de cette date, apyrexie ; guérison.

Le 15 février : organes normaux ; masses annexielles fondues.

Examens bactériologiques

Examen direct des lochies = quelques chaînettes courtes.

Culture des lochies sur gélose sang en boîte de Piétri = streptocoque hémolysant, staphylocoque.

Repiquage du streptocoque sur bouillon bile = pas de culture, streptocoque rare.

OBSERVATION III

M., 30 ans, entrée dans le service le 13 mars pour pertes rouges depuis 3 semaines et douleurs abdominales ; une grossesse à terme, une fausse couche en mars 1921. Dernières règles le 5 mars 1922 ; depuis, pertes rouges quotidiennes. Le 6, apparition de douleurs diffuses dans tout le bas-ventre. Température, 38°3-39°9. La douleur augmente les jours suivants, coliques. Le 13 mars, température à 40° ; insomnie.

A l'entrée : palper abdominal douloureux.

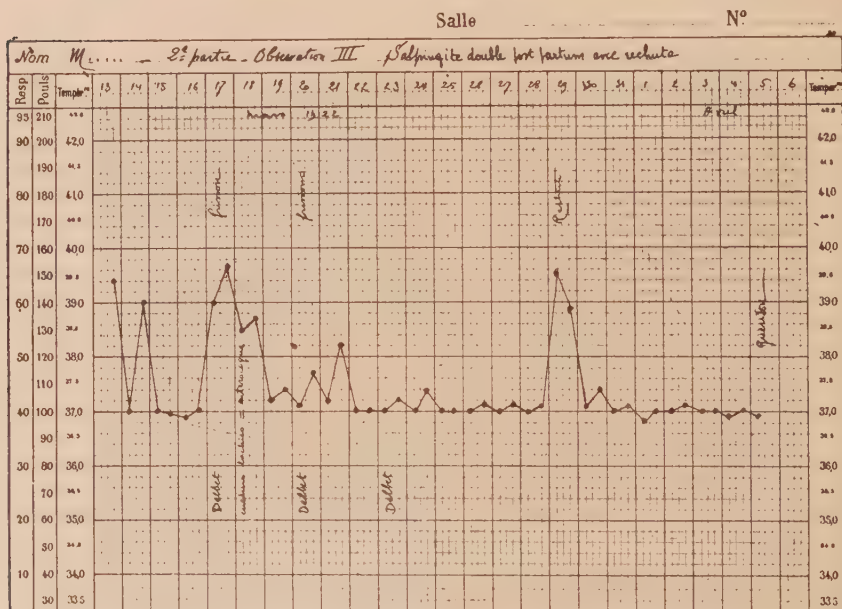
Toucher : col fermé ; Douglas douloureux, comblé par une masse annexielle ; culs-de-sac douloureux. Réaction assez accentuée de la grande cavité abdominale.

Le 17 mars : injection de 4 cc. de vaccin de Delbet ; réaction locale. Réaction générale : frissons, vomissements, céphalée. Sédation rapide de la douleur en moins de 12 heures ; glace ; température 39°6 ; apyrexie au 3^e jour.

Le 20 mars : deuxième Delbet ; réaction locale vive. Réaction générale : frissons, céphalée. Réaction thermique : nulle. Sédation définitive de la douleur.

23 mars : troisième Delbet ; aucune réaction ; apyrexie. Toucher : culs-de-sac latéraux indolores ; Douglas libre ; amélioration réelle ; douleur disparue ; ventre souple et indolore.

Le 3 avril : la malade quitte le service.



Quelques jours auparavant (le 29 mars) et après la fin du traitement par le Delbet, nouvelle poussée salpingienne marquée par des douleurs dans le bas-ventre ; température à 38°9-39°5, avec retour à la normale en deux jours.

Malade apyrétique ne souffrant plus.

Examens bactériologiques

21 mars : examen direct des lochies = bacilles diphtéroïdes, diplocoques à Gram positif.

Culture sur bouillon bile = bacilles diphtéroïdes, diplocoques, chaînettes courtes.

Culture sur gélose sang en boîte de Pietri = diplocoques, colonies bleuâtres de diplocoques et chaînettes courtes ; non hémolyse.

Culture sur bouillon bile des colonies non hémolysantes = chaînettes et diplocoques, culture florissante.

Repiquage sur bouillon anaérobie = diplocoques, chaînettes courtes.

Annexites avec réaction de voisinage.

OBSERVATION IV

Pelvipéritonite.

V..., 32 ans, secondipare ; dernières règles 15 novembre 1921 ; fausse couche le 19 janvier 1922 à la suite de coliques et hémorragie peu importante. Curage par une sage-femme. Les jours suivants, pas de pertes, pas de douleurs, mais température à 40° le 21 janvier.

Le 23 janvier au soir : coliques généralisées, violentes ; vomissements ; arrêt des gaz et des selles.

Entrée dans le service le 25 janvier.

Douleurs abdominales vives ; respiration rapide ; ventre immobile ; facies anxieux. Au palper : ventre douloureux et tendu ; température à 38°5 ; pouls à 118.

Le 26 janvier : pas de vomissements, pas de nausées ; abdomen ballonné, mais plus souple.

Injection de 4 cc. de vaccin de Delbet ; aucune réaction.

Le 29 janvier : amélioration : ventre plus souple. Au toucher : cul-de-sac postérieur douloureux ; le processus péritonéal semble se cantonner.

Deuxième Delbet ; pas de réaction générale, ni fébrile.

Le 2 février : au palper : sensation de deux masses fermes, mal délimitées, douloureuses dans les fosses iliaques. Au palper-toucher combinés : on fait descendre les deux masses au contact du doigt vaginal. On a l'impression d'un pyosalpinx double avec réaction péritonéale de voisinage.

Le 9 février : la température se maintient entre 38 et 39°, avec modifications parallèles du pouls.

Examens bactériologiques

1^{er} février : examen direct des lochies = staphylocoque ; quelques rares chaînettes de 5 à 8 éléments.

Culture des lochies sur gélose sang en boîte de Pietri = colibacille ; quelques colonies de streptocoque hémolytique.

Culture du streptocoque sur bouillon bile = chaînettes de 7 à 8 éléments très rares.

Identification du colibacille = positive.

OBSERVATION V

Salpingite double avec réaction cellulaire de voisinage.

B..., 21 ans, secondipare. Pas d'antécédents ; grossesse normale ; accouchement à terme le 16 mars 1922.

Le 19 mars : trois jours après l'accouchement, température à 39°2 ; douleurs abdominales ; réaction de la paroi à la pression.

Au toucher : col fermé ; fond utérin à demi-distance de l'ombilic ; culs-de-sac latéraux tendus avec douleur vive à gauche, et perception d'une masse inflammatoire bombant dans ce cul-de-sac. Rien dans le Douglas.

Abcès de fixation.

Le 22 mars, injection de 4 cc. de stock vaccin de Delbet ; température à 39°2 montant progressivement à 39°7-40°5 les 23, 24, 25, et chute à 37°9 le 26 ; réactions locales et générales moyennes.

Sédation rapide de la douleur.

Le 24 mars : toucher : cul-de-sac gauche tendu, douloureux, comblé par une masse difficile à délimiter vers le haut, gagnant le Douglas. Salpingite double avec œdème cellulaire pelvien de voisinage, à gauche.

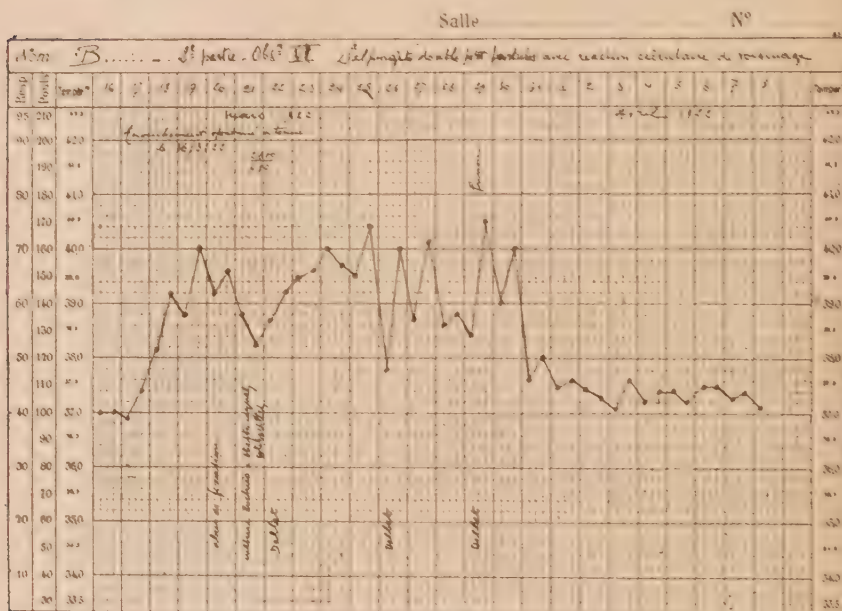
Le 26 mars : deuxième Delbet ; réactions moyennes ; température à 40°, à 38-40° le 27 ; persistance de la température autour de 38°.

Le 28 mars : troisième Delbet malgré 38°3 ; réaction locale banale ; réaction générale forte : nausées, céphalée, sueurs, frissons ; température à 40°5 se maintenant à 39-40° le lendemain ; chute à 37°5 le troisième jour.

Sédation définitive de la douleur.

Le 4 varil : apyrexie depuis cinq jours. Toucher : masse inflammatoire du cul-de-sac gauche disparue.

Le 8 avril : la malade quitte le service, guérie ; traitement au Delbet bien supporté, avec succès, quant à la modification de la douleur et la chute de température qui a suivi la troisième injection.



Examens bactériologiques

Examen direct des lochies = pas de gonocoque ; chainettes courtes.

Culture des lochies sur gélose sanglante en boîte de Pietri = streptocoque hémolysant ; diplocoques, colibacille.

Identification du colibacille = positive.

Repiquage du streptocoque sur bouillon bile = streptocoques très rares.

OBSERVATION VI

Annexite droite post-partum avec réaction de voisinage après annexite droite et bartholinite antérieures traitées par le stock vaccin de Delbet.

B..., 34 ans. Pas de grossesse antérieure ; dernières règles le 9 août 1921 ; douleurs depuis quelques jours ; pas d'hémorragies.

Entre dans le service le 31 décembre 1921.

Douleur à la pression fosse iliaque droite.

Toucher col fermé ; fond utérin remontant un peu au-dessus de l'ombilic ; sensibilité des culs-de-sac latéraux ; pas d'annexes perçues. Pas de température.

Collection vulvo-vaginale ; fluctuation, chaleur, rougeur.

5 janvier 1922 : incision d'une bartholinite droite.

9 janvier : injection de 4 cc. de vaccin de Delbet ; pas de réactions ; température à 38°-38°5 ; chute à 37° le troisième jour.

11 janvier : deuxième Delbet ; aucune réaction ; température à 39°1 s'y maintenant le lendemain ; chute à 37° le troisième jour ; apyrexie jusqu'au 24.

Malade soignée dans le service.

Le 2 avril : accouchement à 7 mois 1/2 d'un fœtus macéré ; rétention placentaire ; température 38° ; curage ; apyrexie jusqu'au 9 avril.

Les douleurs déjà lointaines (décembre 1921) n'ont jamais cessé (même après le traitement vaccinal) et ont été toujours ressenties dans la fosse iliaque droite.

On note, le 13 : une douleur à la pression avec sensibilité de la paroi ; région appendiculo-annexielle, semblant correspondre au réveil d'une ancienne annexite. Au toucher : col entièrement ouvert ; utérus : volume normal ; cul-de-sac droit un peu tendu, restant douloureux au doigt ; pas de masse inflammatoire.

18 avril : injection de 4 cc. de « Propidon » ; température à 40° le soir ; pas de chute de température, qui reste aux environs de 38°. Sédation partielle de la douleur.

20 avril : deuxième « Propidon » ; réaction locale vive et douloureuse ; réaction générale faible : frissons ; température à 39°5 ; chute à 37° le quatrième jour ; persistance de la douleur à droite.

OBSERVATION VII

Annexite double post-partum avec réaction péritonéale de voisinage.

D..., 27 ans, entre dans le service le 28 mars 1922.

Père et mère tuberculeux.

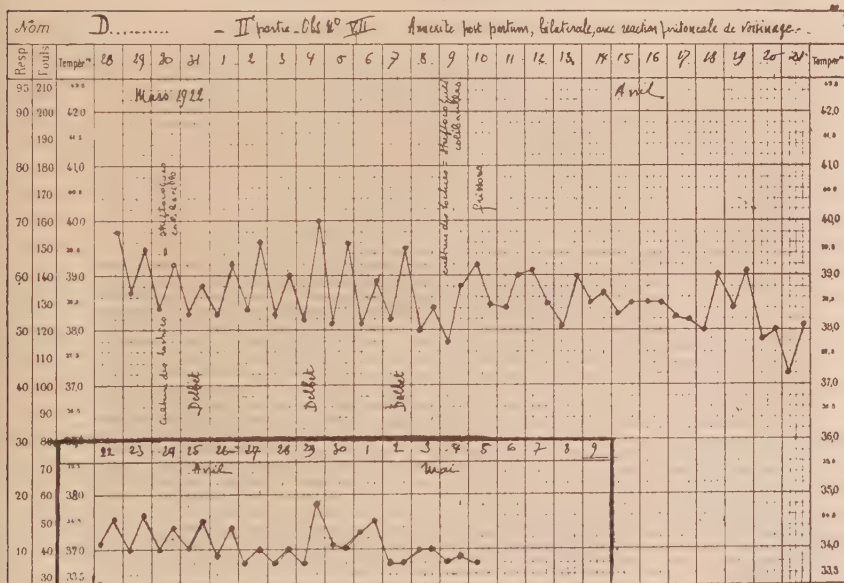
Ulcère gastrique à 12 ans ; grippe grave en 1918.

Pas de maladies vénériennes.

Multipare ; premier accouchement à terme ; rétention du

Salle

N°



délivre ; délivrance manuelle ; fièvre ; curage ; annexite bilatérale, qui dure cinq mois. Persistance des douleurs dans la suite.

Second accouchement à 7 mois d'un fœtus mort, avril 1921.

Troisième accouchement à terme le 28 février 1922. Sept jours après, trois frissons sueurs ; température à 38°. Le huitième jour, apparition d'une douleur abdominale à gauche. Oscillations thermiques dans les jours qui suivent ; l'hyperesthésie abdominale s'accuse à gauche, puis s'étend

à tout le bas ventre ; écoulements lochiaux abondants. Pas d'amélioration ; la malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'entrée : température à $39^{\circ}8$; pouls rapide bien frappé ; facies un peu émacié ; douleurs très vives. Localement, ventre plat, souple dans toute sa moitié sous-ombilicale. Dans la région inférieure de l'abdomen, vaste plastron étendu à droite sur une largeur d'une paume de main, un peu plus étendu à gauche, avec douleur intense au palper.

Toucher : col fermé ; utérus normal. Le cul-de-sac droit est occupé par une masse arrondie, régulière et douloureuse, du volume d'une mandarine. Cul-de-sac gauche complètement comblé ; réaction douloureuse au doigt. Douglas tendu et douloureux. A droite comme à gauche, la limite supérieure des masses inflammatoires est difficile à délimiter.

Le 31 mars : injection de 4 cc. de vaccin de Delbet ; légère réaction locale ; pas de réaction générale ni fébrile ; sédation notable des phénomènes douloureux ; cependant, glace sur le ventre ; frissons.

Le 1^{er} avril : deuxième Delbet ; aucune réaction ; température à 40° .

Le 6 avril : persistance de la fièvre, qui oscille entre 38 et 40° ; pas de frissons. Le 5, l'attention a été attirée sur l'abdomen par la présence d'une masse médiane à contours nets et arrondis rappelant un fond utérin et remontant à quelque distance de l'ombilic. Latéralement, les contours de cette masse se confondent avec les deux plastrons latéraux antérieurement perçus.

L'interprétation de cette masse médiane est difficile. On peut penser qu'il s'agit réellement du corps utérin remonté et refoulé en avant par une masse inflammatoire pelvienne ou pelvi-abdominale située en arrière de lui.

Le 7 avril : troisième Delbet ; pas de réactions ; température à $39^{\circ}5$; chute à 37° le lendemain ; la douleur, qui avait presque disparue, reparait amoindrie mais très nette.

Le 9 avril : température autour de $38^{\circ}5-39^{\circ}$.

Au palper abdominal : douleur.

Au toucher : mêmes signes que précédemment ; cependant, légère réduction des masses inflammatoires et de la douleur. En aucun point il n'existe un ramollissement de ces masses

pouvant faire prévoir une ouverture spontanée dans le vagin ou le rectum.

Le 21 avril : température oscille entre 38-39° depuis 8 jours.

Le 28 avril : température à 37°-37°5. Un toucher montre une diminution des masses inflammatoires antérieurement perçues ; l'utérus est plus mobile, les douleurs spontanées presque disparues. Etat général amélioré.

Le 4 mai : sédation définitive de la douleur.

La malade quitte le service guérie.

Examens bactériologiques

30 mars : examen direct des lochies = chaînettes de 8 à 10 éléments ; bâtonnets à Gram + nombreux diplocoques ; staphylocoque rare.

Culture en gélose sang en boîte de Pietri = colonies hémolytiques de streptocoque, longus ; bacilles diphtéroïdes ; diplocoques ; colibacille.

Recherches d'indentification du colibacille = positives. Sur neutral roth, eau peptonée (réaction de l'indol).

9 avril : examen direct des lochies = chaînettes longues rares ; diplocoques.

Culture sur gélose sang des lochies (boîte de Pietri) = streptocoque hémolytique longus ; diplocoques ; colibacilles.

Culture sur bouillon bile = diplostreptocoques et chaînettes longues très rares ; pas de culture.

Annexites primitives, puis généralisation de l'infection qui se localise ultérieurement.

OBSERVATION VIII

Salpingite double post-abortionum avec pelvipéritonite et localisation pulmonaire.

B..., 25 ans, entre dans le service le 14 février 1922. Enceinte de cinq mois (dernières règles le 14 septembre 1921), est hospitalisée pour métrorrhagie accompagnée de douleurs faisant craindre une fausse couche. Température à 38°7.

Le 15 février : fausse couche ; curage.

Le 16 février : douleurs dans le bas ventre, surtout à droite,

plus intenses depuis la veille. Pas de selles depuis 4 jours, ni vomissements, ni nausées. Ventre ballonné; réaction de défense zone appendiculo-annexielle; sensation de plastron à ce niveau.

Toucher : douleur vive cul-de-sac droit, sans annexes perçues; pas de masse inflammatoire, mais douleur par la pression à bout de doigt.

Glace; diète.

Le 17 février : amélioration de l'état local; douleurs moins vives.

Première injection de stock vaccin de Delbet; aucune réaction.

20 février : deuxième injection de Delbet; aucune réaction; température autour de 39°.

23 février : troisième Delbet; aucune réaction; température à 40°9. On constate, au cours de ce traitement, une sédation complète de la douleur, mais une persistance de la température, qui se maintient vers 39°.

La poussée salpingienne est éteinte; cependant, fièvre et état général touché.

Les jours suivants, température 40°; à l'examen, on note aucune localisation, mais des frissons quotidiens et sueurs abondantes.

Le 1^{er} mars : quatrième Delbet; chute de la température à 37°5 le lendemain, sans aucune réaction.

A partir du 3 mars, réascension de la température; frissons; facies pâle, anxieux; respiration rapide. En un mot, signes d'infection généralisée.

Le 6 mars : dans la nuit, point de côté thoracique gauche en arrière, partie moyenne.

A l'auscultation : en arrière à gauche, à la partie moyenne, zone de matité presque absolue avec résistance au doigt de la largeur de la paume de la main. Complet obscurcissement avec souffle expiratoire à timbre tubaire superficiel. Autour de ce foyer, quelques râles très discrets s'entendant seulement dans les inspirations profondes. Bronchophonie; pectoriloquie aphone.

Dans toute la hauteur du poumon, obscurité. A droite, même obscurité, mais ni souffle, ni râles.

Le 8 mars : le souffle s'entend aux deux temps. La zone de matité se perd dans l'aisselle et n'affecte pas le type de matité d'épanchement.

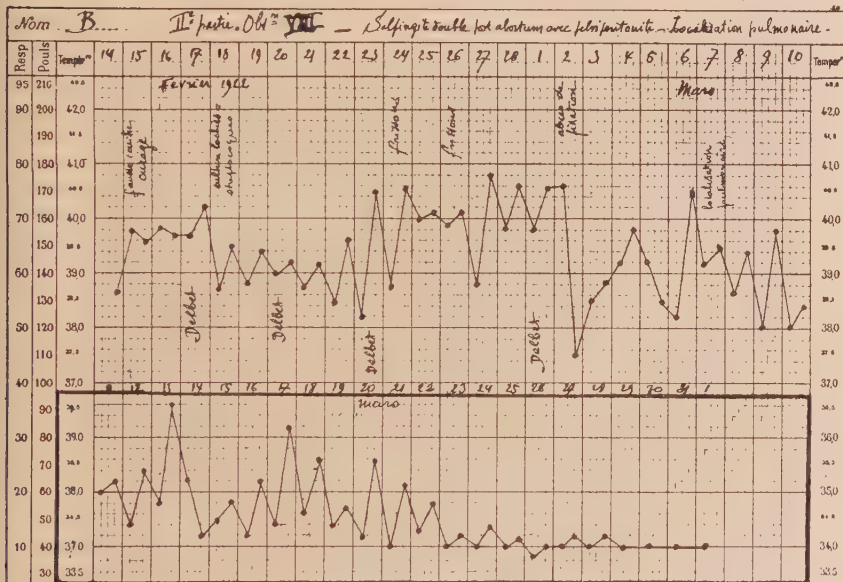
Le 25 mars : on a assisté, dans les jours qui ont suivi la dernière amélioration, à la résorption progressive et lente du foyer pulmonaire gauche.

Actuellement, la perméabilité est complète dans les deux poumons. Etat général amélioré. Apyrexie.

Le 9 avril : la malade quitte le service, guérie.

Salle

N°



Examens bactériologiques

17 février : examen direct des lochies = diplocoques à Gram +

Culture des lochies sur gélose sang en boîte de Petri = colonies petites, nombreuses et hémolytiques de streptocoque ; chaînettes de 7 à 8 éléments et diplocoques ; staphylocoque.

Culture repiquage sur bouillon bile = très rares streptocoque et diplocoques.

Culture en milieu anaérobie = streptocoque.

OBSERVATION IX

Annexite double post-partum. Phlébite gauche.

V..., entre à la première infirmerie le 27 février 1922. Primipare ; accouchement à terme le 27 février ; délivrance normale.

Trois jours après, douleur diffuse dans toute la partie basse de l'abdomen ; fièvre.

A l'examen : hyperesthésie de la paroi abdominale ; points douloureux à droite et à gauche, à la pression, dans les fosses iliaques.

Autres appareils normaux.

Abcès de fixation. Température à 40° le 3 mars.

Le 6 mars : toucher : col ouvert ; fond utérin remontant à mi-chemin de l'ombilic, douloureux. Douleur vive à la palpation régions annexielles droite et gauche. On suit des deux côtés de l'utérus deux masses assez haut situées, dures au palper, de délimitation difficile, tandis que les culs-de-sac latéraux restent à peu près souples ; les masses latéro-utérines perçues par la main abdominale ne descendent pas assez bas pour donner le contact au doigt vaginal.

Le 9 mars : injection de 4 cc. de stock vaccin de Delbet ; réaction locale douloureuse ; réaction générale faible : céphalée, nausées ; clocher thermique à 40°, retour à 37°5 au quatrième jour, en cascade. Sédation rapide de la douleur.

Le 13 mars : deuxième Delbet ; réaction locale douloureuse ; réaction générale moyenne : céphalée, frissons, nausées ; clocher à 39° le soir ; chute à 37°5 le lendemain.

Le 15 mars : la malade se plaint d'une douleur siégeant au creux proplité et au mollet gauches ; quelques crampes. On note un œdème blanc, gardant l'empreinte du doigt ; impotence complète du membre. Phlébite. Immobilisation en gouttière ouatée.

Le 16 mars : troisième Delbet ; mêmes réactions que précédemment ; clocher thermique à 39°4 ; persistance de la température. Sédation complète de la douleur abdominale.

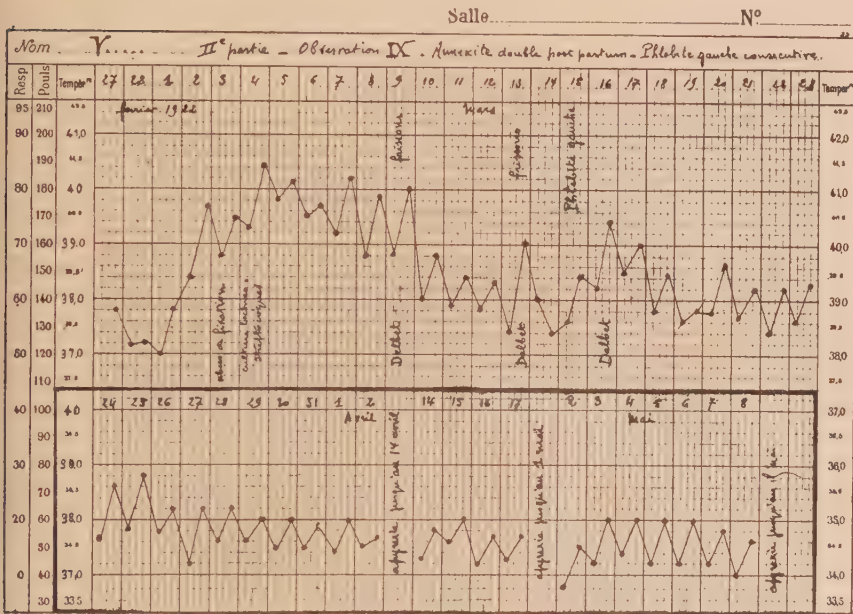
Le 27 mars : la température a oscillé pendant ces derniers jours autour de 38° ; jambe gauche douloureuse.

A partir de cette date, apyrexie ; douleur moins vive,

Le 15 avril : on enlève la gouttière ouatée.

Le 2 mai : la malade, qui semblait guérie, fait à nouveau une poussée thermique pendant sept jours ; depuis, apyrexie.

La malade sort le 15 mai complètement guérie.



Examens bactériologiques

3 mars: examen direct des lochies = diplocoques à Gram +

Culture sur bouillon = chainettes de 8 à 10 éléments ; diplocoques ; staphylocoques.

Culture sur gélose sang en boîte de Petri = colonies hémolytiques, petites, nombreuses de streptocoque (chainettes de 8 à 10 éléments) ; diplocoques ; staphylocoques.

Phlegmons pelviens.

OBSERVATION X

Infection du post-abortum. Annexite bilatérale. Cellulite suppurée. A droite et à gauche, au niveau du pli de l'aîne, abcès bombant la peau. Ouverture de l'abcès gauche.

N..., entre à l'infirmerie le 12 avril 1922.

Primipare ; dernières règles fin octobre 1921 ; hémorragie et douleurs le matin de l'entrée dans le service. Fausse couche de 5 mois 1/2 le matin de son hospitalisation ; aucune intervention ; température 39° ; abcès de fixation.

Le 17 avril : toucher : col ouvert ; fond utérin difficile à délimiter, vu l'état de résistance de la paroi et l'indocilité de la malade. Les culs-de-sac sont souples et indolores.

L'examen pulmonaire marque de la submatité avec légère obscurité respiratoire dans l'aisselle droite ; légère dyspnée ; aucun signe surajouté à l'auscultation. Rien à signaler au point de vue abdominal.

Injection de 4 cc. de stock vaccin « Propidon » ; douleur locale vive ; pas de réaction générale ; pas de réaction thermique.

Le 18 avril : deuxième « Propidon » ; aucune réaction.

Le 19 avril : clocher thermique à 40°.

Le 22 avril : troisième « Propidon » ; aucune réaction ; persistance de la température qui oscille entre 37°5 et 38°5 jusqu'au 26.

A cette date, la température est repartie pour une série d'oscillations variant de 37 à 40° ; pas de douleurs abdominales ; paroi rigide ne permettant qu'un palper difficile, mais non douloureux.

Au toucher : grosse masse accolée à l'utérus, à gauche et remontant jusqu'à mi-chemin de la fosse iliaque, mobile ; salpingite gauche avec réaction cellulaire de voisinage.

A droite, mêmes lésions, mais moins douloureuses.

Le 7 mai : à l'examen du ventre, on constate que celui-ci est ballonné ; cependant, il n'est pas douloureux, sauf à sa partie inférieure ; constipation : pas de vomissements ni de nausées.

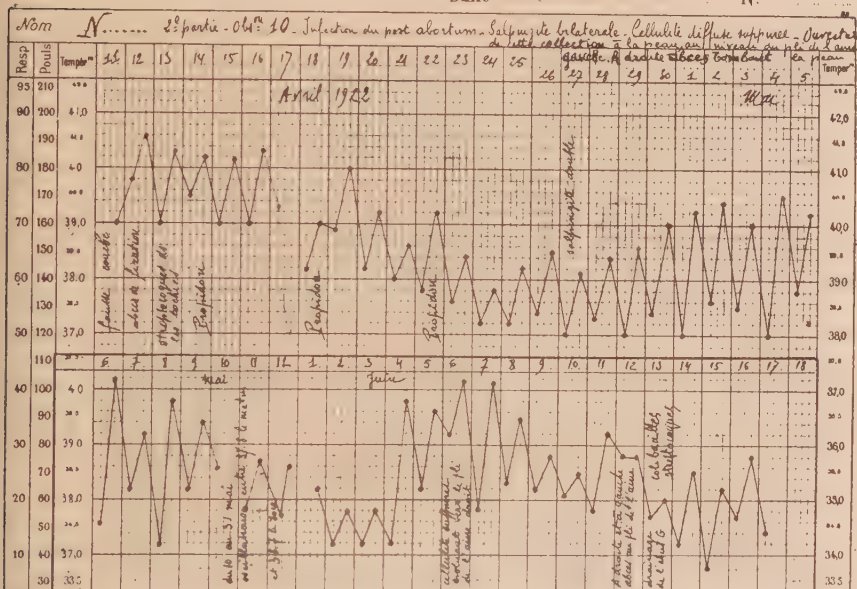
La lésion gauche semble stationnaire, tandis que la droite, au palper tout au moins, aurait une tendance très nette à l'extension, le plastron remontant jusqu'au 1/3 supérieur de la fosse iliaque.

17 mai : à la racine de la cuisse gauche, angle interne, petit abcès probablement ganglionnaire que l'on incise.

6 juin : depuis quelques semaines, l'état général de la malade allait en s'améliorant.

Salle

N°



Le 4 juin : température à 39°8, sans frissons. Toucher : toujours les mêmes signes ; induration surtout marquée à gauche.

7 juin : au niveau de la face antérieure de la fosse iliaque droite, placard induré avec centre ramolli, venant près de de la peau.

Toucher : blindage des culs-de-sac latéraux avec point nettement fluctuant.

12 juin : au niveau de la paroi antérieure de la fosse iliaque gauche, un abcès tend à faire bomber la peau. L'abcès droit est moins volumineux et moins fluctuant.

Ouverture de l'abcès ; drainage de la collection gauche. Le pus s'échappe avec une grande quantité de gaz, pus mal lié et fétide à odeur fécaloïde.

17 juin : l'abcès s'était ouvert probablement dans l'intestin (odeur fécaloïde du pus, évacuation de pus par le rectum); pus contenant des débris sphacelés. Pronostic favorable.

Examens bactériologiques

Examen direct des lochies = chaînettes moyennes rares.

Culture des lochies sur gélose sang = streptocoque hémolytique.

Examen direct du pus de l'abcès gauche = chaînettes moyennes ; colibacille probable.

Culture du pus sur gélose lactosée tournesolée : colibacille.

OBSERVATION XI

Infection du post-partum. Localisation pelvienne cellulite suppurée ; ouverture au pli de l'aîne droite.

B..., 29 ans, entre le 7 janvier 1922 pour infection des suites de couches. Multipare. Deux enfants vivants. Accouchements à termes. Dernières règles le 11 décembre 1920 ; accouchement à terme.

3 jours après, pertes blanches, douleurs abdominales basses ou localisation à droite, fièvre. Soignée chez elle ; l'affection poursuit sa marche avec lenteur, douleur et température procédant par poussées.

A l'entrée : mêmes symptômes, état général bon. Rien au cœur, rien aux poumons.

Le 8 janvier, abcès de fixation.

Toucher : col presque fermé. Utérus volumineux avec fond douloureux. Cul de sac gauche libre ; cul de sac droit comblé par une masse du volume d'une orange, bombant dans la paroi abdominale, gagnant le cul-de-sac antérieur et postérieur, de consistance molle, indépendante de l'utérus, de mobilité normale.

Le 13 janvier : injection de 4 cc. de vaccin de Delbet. Réaction locale banale, Réaction générale vive : céphalée,

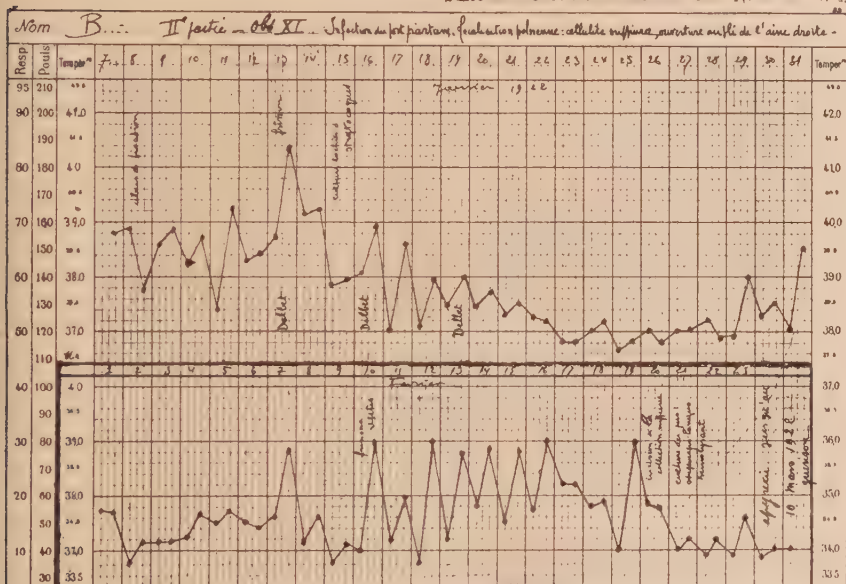
vomissements, pas de sédation de la douleur, clocher thermique à 40°4 se maintenant autour de 39° le lendemain avec chute à 37° le troisième jour.

Le 15 janvier : Deuxième Delbet, même réactions, mais moins intenses. Température à 39°, chute à 37° le lendemain.

Le 19 janvier : Troisième Delbet, réactions insignifiantes. Température à 38° avec retour en cascade à 37° le qua-

Salle

N°



trième jour. A noter : érythème avec œdème localisé au niveau de la piqûre. La douleur abdominale reparait à droite à l'occasion d'une quinte de toux, dès qu'on enlève la glace.

Le 24 janvier : La masse inflammatoire juxta-utérine considérée comme d'origine annexielle, a pris une évolution imprévue à la suite de laquelle on a dû reformer le premier diagnostic.

A partir du 7 février, la malade est repartie pour une période d'oscillations thermiques, accompagnées de frissons avec température autour de 39°.

Douleurs croissantes région de l'aîne droite, tandis que les téguments s'œdématisaient à ce niveau et devenaient tendres et chauds, si bien qu'on pouvait s'attendre à une ouverture spontanée dans la région inguinale de la collection pelvienne antérieurement reconnue.

Il s'agissait d'un phlegmon du ligament large évoluant vers la fosse iliaque droite.

Le 20 février : incision, pus jaune mal lié, drainage, apyrexie les jours suivants.

Le 13 mars : évolution rapide. Au départ de la malade, le trajet est fermé, état général bon. Au toucher : rien à signaler.

Examens bactériologiques

17 janvier : examen direct des lochies = chaînettes rares de 7 à 8 éléments.

Culture des lochies sur gélose sang = streptocoque hémolytique moyen, colibacilles.

Identification du colibacille = positive.

20 février : examen direct du pus = chaînettes de 15 à 20 éléments.

Culture du pus sur gélose sang = streptocoque longus hémolysant.

8 mars : examen direct de la sérosité = quelques chaînettes moyennes.

Culture de la sérosité streptocoque sur gélose ascite.

OBSERVATION XII

Infection du post-abortum. Phlegmon du tissu cellulaire pelvien, ouverture dans le rectum

L..., 26 ans, secondipare, dernières règles le 19 novembre 1921. Le 5 février 1922, hémorragies répétées, fièvre, frissons, sueurs. Curage à son domicile. Les jours suivants, fièvre, rétention placentaire.

Le 11 février : second curage, le lendemain température à 40°3.

A l'entrée : examen des différents appareils autres que l'appareil génital, est négatif.

Le 1^{er} mars - toucher: col fermé — fond utérin élevé non douloureux — Utérus volumineux, immobilisé par une masse inflammatoire dure, infiltrant les culs-de-sac, gagnant en bas vers la cloison recto-vaginale et en haut vers la fosse iliaque droite, où elle est perçue au palper — utérus plaqué contre la symphyse — Tout le Douglas est occupé par une masse dure bombant dans le vagin; débordant à gauche sur le cul-de-sac latéral, occupant tout le cul-de-sac et remontant à droite à un travers de doigt au-dessus de l'arcade pubienne.

2 mars : frissons — clocher à 40,5 le 3 mars.

13 mars : ouverture spontanée dans le rectum d'une collection pelvienne correspondant aux signes précédents. Baisse de la température — évolution rapide dans les jours qui suivent.

18 mars : Malade guérie — toucher : col fermé — utérus normal — masse inflammatoire disparue, cependant persistance dans le Douglas d'un point induré et douloureux.

Examen bactériologique

13 février : hémoculture négative, examen direct des lochies = chaînettes de 7-8 éléments rares, diplocoques — staphylocoques — culture des lochies sur gelose sang en boîte de Piétri = streptocoques hémolytique et diplocoques, staphylocoques, coli-bacille.

Recherches d'identification du coli-bacille positives.

17 février : hémoculture = négative. Culture, repiquage du streptocoque sur bouillon bile = pas de culture, streptocoques très rares.

Localisation à la muqueuse utérine.

Endométrites.

OBSERVATION XIII

Infection après craniotomie — Endométrite

B..., 37 ans, pas d'antécédents ; primipare; dernières règles le 28 février 1921. Groesse normale. Présence d'un fibrome de la grosseur d'une noix sur le fond utérin.

Le 10 décembre 1921 : rupture de la poche des eaux. Signes d'infection (céphalée, fièvre, frissons, sueurs) dans la soirée du 11. Craniotomie (inertie utérine, bruits du cœur non perçus), délivrance artificielle, fœtus macéré.

13 décembre : infection persistance de gravité moyenne, sans aucun signe objectif de localisation.

14 décembre : injection de 4 cc. de vaccin de Delbet : réac-

tions moyennes, température à $40^{\circ}1$, oscillant entre 38° et 40° , avec chute à 38° le troisième jour; frissons le 16.

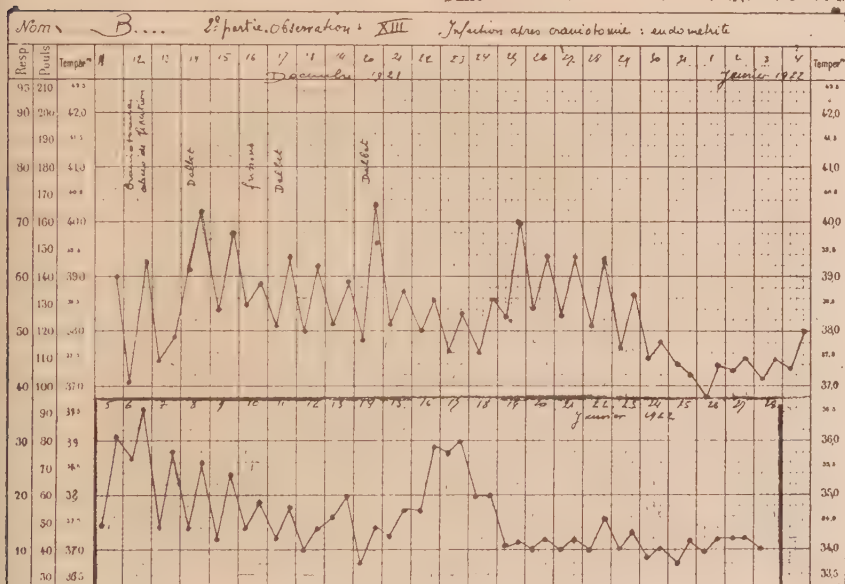
17 décembre : deuxième Delbet : réaction moyennes, température à $39^{\circ}5$, oscillant entre 38° et 39° les jours suivants.

20 décembre : troisième Delbet : réaction fébrile à $40^{\circ}4$ avec chute à $37^{\circ}5$ le troisième jour; réactions légères.

26 décembre : reprise des hautes températures faisant passer à une localisation juxta-utérine.

Salle

N°



Toucher : négatif ; clocher à 40° , oscillations décroissantes, chute à $37^{\circ}5$ le sixième jour.

1^{er} janvier : apyrexie.

4 janvier : température 38° avec maximum le 6 à $39^{\circ}5$; retour à la normale par oscillations décroissantes.

Toucher : négatif.

La malade accuse des douleurs dans le petit bassin avec irradiations vers la face interne des cuisses. Pas de signes de localisation.

19 janvier : apyrexie complète; état général bon.

38 janvier : la malade sort guérie. Toucher : négatif.

Pas d'examen bactériologiques.

OBSERVATION XIV

Endométrite post-abortum

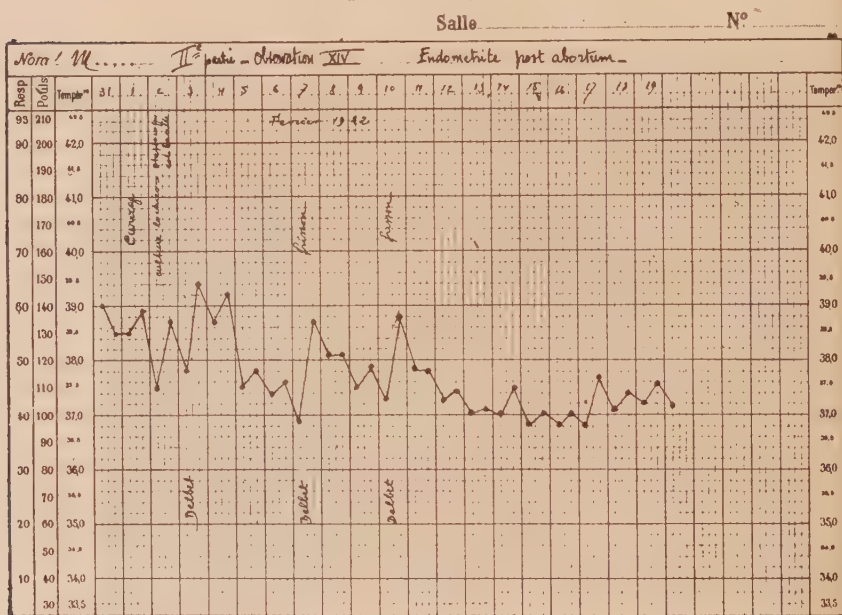
M., 30 ans, multipare (une grossesse gemellaire); pas d'antécédents, pas de fausses couches antérieures. Dernières règles le 27 novembre 1921.

Le 15 janvier 1922 : légère infection grippale.

Le 21 janvier : perte séro-sanguine et expulsion de deux fœtus.

Rétention partielle du délivre.

La malade entre à l'hôpital le 31 janvier.



Grippe. Au palper, rien à signaler.

Au toucher : col ouvert; utérus ne paraissant pas augmenté de volume; rien dans les culs-de-sacs.

Température à 39°; pas d'albumine; lochies peu odorantes. Cureage.

Le 3 février : injection de 4 cc. de vaccin de Delbet : réaction locale assez vive. Réaction générale moyenne; température à 39°5, chute à 37°5 le troisième jour.

Le 7 février : deuxième Delbet : réactions locales et générales fortes; vomissements, céphalée, frissons, sueurs; température à 38°9, chute à 37°5 le troisième jour.

Le 10 février : troisième Delbet : réactions intenses; vomissements, céphalée, sueurs, frissons; température à 38°5, retour, à 37°5 le troisième jour.

Depuis la malade va de mieux en mieux.

Apyrexie; guérison le 15 janvier:

Examens bactériologiques

Examen direct des lochies = quelques rares chainettes de 7-8 éléments.

Culture des lochies sur gélose sang en boîte de Piétri = quelques colonies de streptocoque hémolytique, colibacille en nombre.

Recherches d'indentification du colibacille positives.

TROISIÈME PARTIE

Abcès du sein.

OBSERVATION I

Abcès du sein droit à staphylocoques

D..., 24 ans, primipare.

Entre dans le service le 21 novembre pour toux et amaigrissement; enceinte de 7 mois.

Pas d'antécédents. Etat général défectueux : bronchite avec sommet gauche suspect. Cœur normal.

Le 13 janvier : amélioration. Accouchement à terme. Allaitement au sein. Dans les jours qui suivent, le sein droit se tuméfie et devient douloureux. Essai du vaccin de Delbet abortif. Cataplasmes.

Le 31 janvier : injection de 4 cc. de vaccin de Delbet ; réaction locale; pas de réaction générale; clocher à 39°5 le lendemain de l'injection, chute à 37°9 le surlendemain.

Le 3 février : deuxième Delbet : aucune réaction notable. Température à 40°7, chute à 37°2 le troisième jour.

Le 6 février : troisième Delbet : aucune réaction ; température à 40°2, oscillations (38°-40°) pendant trois jours, chute à 37°, puis oscillations décroissantes.

Il s'agit d'un abcès partiel de la glande. Malgré le traitement vaccinothérapique, l'abcès évolue et doit être incisé. Incision et drainage.

Le 14 février : reprise des hautes températures (maximum à 40°8 les 15 et 16 février, chute à 37°5 le 18 et clocher à 39°5 le 20. Evolution favorable, un peu trainante, malgré cette période fébrile entrecoupée de frissons.

Le 11 janvier, au retour d'une promenade, la malade constate qu'une baleine de son corset l'a blessée au sein gauche. Le lendemain, érythème diffus, sein dur, non douloureux.

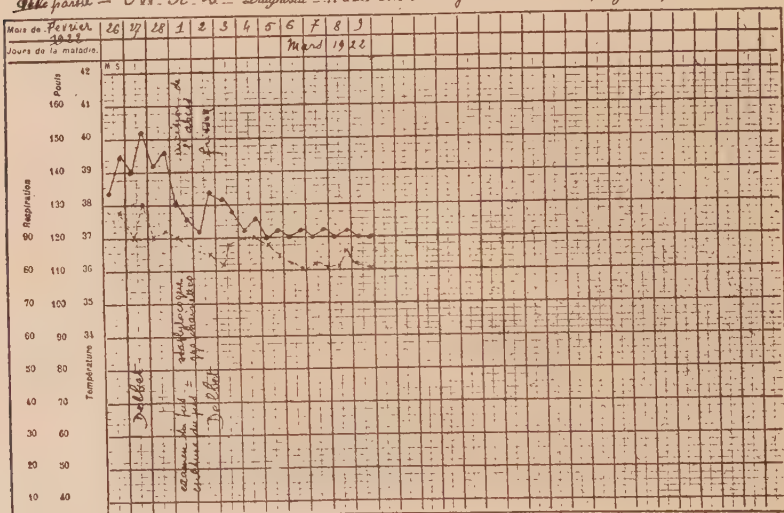
A l'entrée : sein gauche globuleux, dur; crevasses du mamelon. Au tiers inférieur, côté interne du sein, érythème de la largeur d'une paume de main avec un point noir au centre (piqûre du corset). Fluctuation et ulcération prochaine de la peau. Température à 39°5.

N° 209 de la Transmission.

Feuille à Température.

Nom G. Age Sexe

Titre patient — Obs: N. 2 — Diagnostic — Abscess du sein gauche à staphylocoques



Le 27 février : injection de 4 cc. de vaccin de Delbet ; pas de réactions notables ; clocher à 40°1, retour à la normale en cascade le quatrième jour.

Le 1^{er} mars : incision de l'abcès.

2 mars : deuxième Delbet : réaction locale nulle; réaction générale forte : céphalée, frissons, sueurs, cyanose; température à 38°5, chute rapide à 37° au deuxième jour.

9 mars : deux injections de vaccin de Delbet ont amené une guérison et cicatrisation si rapides que la malade quitte volontairement le service.

Examens bactériologiques

2 mars : examen direct du pus = staphylocoques libres et phagocytés, chainettes de 4-5 éléments.

Culture du pus sur gélose sang en boîte de Piétri = staphylocoques.

OBSERVATION III

Abcès au sein droit. Guérison sans incision par le stock vaccin de Delbet.

G., 23 ans, primipare. Accouchement à terme le 17 mars 1922. Suites de couches normales jusqu'au cinquième jour.

... 70° sup. de la C. Thermomètre.

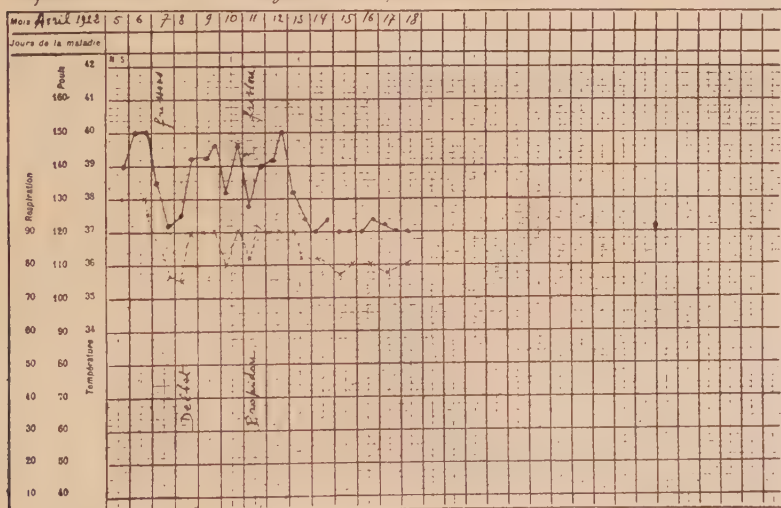
Feuille à Température.

Nom G.

Age ...

Sexe ...

3^e enfant. — Cb^{re} N° 3. Diagnostic — Abcès du sein droit —



A cette date, température fébrile avec quelques frissons, courbature et douleur au niveau du sein droit, qui présente une tuméfaction limitée dans la région juxta-mamelonnaire; cette tuméfaction répond au siège de la douleur sur le côté gauche du sein. Pas de ganglions axillaires; pas d'écoulement purulent par le mamelon.

Exploration abdominale et annexielle négative ; autres appareils normaux.

Jusqu'au 7 mars, médication anti-infectieuse locale. Abcès en voie de résolution lente, cependant douleur et induration. Abcès non ulcéré, ni incisé.

Le 8 mars : injection de 4 cc. de vaccin de Delbet : réaction locale vive et douloureuse. Réaction générale forte (vomissements, céphalée, sueurs, frissons) ; température à 39°2, oscillant les jours suivants entre 38° et 39°. Sédation complète de la douleur.

Le 11 mars : injection de 4 cc. de « Propidon » : réaction locale vive et douloureuse. Réaction générale forte (frissons, sueurs, céphalée) ; température à 39°, s'y maintenant le lendemain matin, s'élevant à 40° le soir. Chute rapide au quatrième jour à 37°. A noter une réapparition fugace de la douleur au niveau du sein droit.

Le 17 mars : résolution complète de l'abcès par l'association de cataplasmes et d'injections sous-cutanées de vaccin de Delbet, sans ouverture de l'abcès.

Sédation rapide de la douleur ; malade complètement guérie.

RÉSULTATS CLINIQUES

du stock vaccin du Professeur Delbet dans les injections puerpuérales aiguës post-partum et post-abortum.

Le stock-vaccin du Professeur Delbet a été conçu pour avoir une action complexe :

1° Une action vaccinnante ou spécifique à effets éloignés.

2° Une action vaccinothérapique collatérale.

3° Une action protéinothérapique par ses peptones, polypeptides, animo-acides dus à la protéolyse du milieu de culture par les microbes.

Mentionnons l'action bactéricide de la pyocyanase sur les protéines microbiennes.

ACTION VACCINANTE DU VACCIN DE DELBET.

Réelle dans les infections chroniques à staphylocoques, récidivantes (furunculose, adéno-phlegmons), moins nette dans les affections suppuratives profondes (ostéomyélite), nous n'avons pu la mettre en évidence dans les infections de la puerpuéralité. L'observation VI, 2^e partie, montre que deux injections de quatre centimètres cubes de stock-vaccin de Delbet, faites en janvier 1922, pour une bartholinite et douleurs abdominales droites (annexite probable) n'ont eu aucune action vaccinnante spécifique à effets

éloignés (pas plus qu'une action curatrice immédiate : persistance de la douleur au foyer annexial pendant quatre mois) — la malade, le 13 mars 1922, après accouchement à sept mois et demi d'un fœtus macéré, ayant fait une annexite droite grave, avec persistance de la température, non sédation de la douleur, réaction cellulaire de voisinage dans la suite, malgré une nouvelle série de trois injections de stock-vaccin de Delbet.

Cette action vaccinante est certainement en défaut dans les cas suivants : sédation de la douleur, résolution rapide des lésions annexielles après une série de trois injections de stock-vaccin ; puis nouvelle phase de l'infection, qui prend une allure généralisée évoluant ultérieurement vers une nouvelle localisation (Obs. VIII, IX) ou vers la résolution complète (Obs. I, troisième partie).

ACTION THÉRAPEUTIQUE IMMÉDIATE

Cette action immédiate ne peut être due à l'action vaccinante; elle relève donc de l'action vaccinothérapique, qui, en réalité, se ramène elle-même à l'action protéinothérapique.

RÉACTIONS LOCALES

Les réactions locales sont constantes, en général assez douloureuses mais bénignes.

RÉACTIONS FÉBRILES

Elles sont fortes ou moyennes dans quelques cas, en général lors de la première injection de stock vac-

cin. Clocher thermique le soir même de l'injection, chute de température en 12 heures.

Dans neuf cas, cette ascension thermique le soir de l'injection vaccinale fut nulle ou insignifiante (Obs. I, II, III, première partie ; II, IV, VII, VIII, X , deuxième partie ; Obs. 1 troisième partie).

RÉACTIONS GÉNÉRALES

Les réactions générales sont parfois si violentes (phénomènes ataxo-dynamiques : collapsus cardiaque, cyanose, dyspnée, état syncopal, céphalée, vomissements, frissons, sueurs) qu'elles entraînent la mort ; quelquefois violentes et graves (état syncopal, cyanose, sueurs, frissons, céphalée, vomissements) (Obs. 2 (1) et XII, 2^e partie) ; fortes ou moyennes dans la plupart des cas ; nulles parfois (Obs. I, II, III, 1^{re} partie), (Obs. II, IV, VII, VIII), Obs. I, 3^e partie).

SÉDATION DE LA DOULEUR

M. Kuss, dans sa thèse sur le traitement des annexites par les vaccins et plus spécialement par le stock vaccin de Delbet, la déclare rapide et souvent définitive. Cette action est due aux peptones, par conséquent, non spécifique.

En fait, la douleur, dans la plupart des cas, disparaît rapidement ou s'atténue lentement avec l'application de la glace. Tous les auteurs, qui ont employé le vaccin de Delbet, s'accordent sur ce point (Cotte et Creyssel, thèse de Kuss, 1920 ; thèse de Richard, 1921 ;

(1) Chapitre des réactions violentes

nombreuses observations publiées dans différentes revues médicales). Sur 20 observations que nous rapportons dans ce travail, dans 10 cas (Observations II, III, V, VIII, IX, deuxième partie), (Observations I, II, III, troisième partie), (Observations III, première partie), la sédation de la douleur a été complète et définitive. Dans 5 autres cas, sédation passagère de la douleur, puis reprise des phénomènes douloureux dès la seconde; injection de stock vaccin, douleurs, qui ne cèdent qu'à la longue par l'application de la glace (Observations I, IV, VII, XI, deuxième partie), (Observation VIII, thèse de Kuss), ou d'un topique (Observation VI, deuxième partie).

RÉSOLUTION DES LÉSIONS

Dans certaines formes de salpingite à évolution clinique rapide et favorable, l'action vaccino thérapeutique ou protéinothérapique immédiate se ramène à la triade :

Action de choc, chute de température concomitante après chaque injection (variant entre 3 et 4 jours), apyrexie consécutive (Observations III, XIV, deuxième partie), (Observations II, troisième partie). Dans d'autres cas, cette action de choc peut manquer, la température reste élevée :

La chute brusque de température se fait alors après la 3^e injection de stock vaccin, avec apyrexie consécutive ; elle marquera l'évolution favorable des lésions (Observations I, II, V, deuxième partie), (Observation III, troisième partie).

En résumé, évolution clinique favorable des lésions dans 7 cas sur 20.

Mais le plus souvent (dans 13 cas sur 20), l'action de choc a été forte (Obs. XI et XII) ou moyenne (Obs. VI, IX, XIII), trop fréquemment nulle (Obs. IV, VII, IX, X, deuxième partie, Obs. I, II, III, première partie, Obs. I, troisième partie).

1° La chute de la température s'est bien produite après la 3^e injection de stock vaccin (Obs. VI, X, XI, deuxième partie), (Obs. III, première partie), (Obs. I, troisième partie), mais la courbe thermique n'a pas tardé à repartir pour une nouvelle série d'oscillations fortes.

2° La chute de température ne s'est pas faite après la 3^e injection de vaccin, et l'hyperthermie a continué (Obs. IV, VII, VIII, IX, XII, XIII, deuxième partie), (Obs. I et II, première partie).

Dans tous ces cas, l'évolution des lésions a suivi son cours habituel ; l'action vaccino thérapeutique ou protéinothérapique du vaccin de Delbet a été nulle ou s'est confondue avec l'action du traitement ordinaire.

Mentionnons que dans les abcès du sein, notre essai a été heureux dans une tentative d'avortement de l'abcès par le stock vaccin (Obs. III), malheureux dans l'autre (Obs. I), puisque l'incision n'a pu être évitée.

D'après nos recherches, nous pensons que dans la majorité des cas l'injection de stock vaccin avant incision de l'abcès n'empêche pas l'évolution de ce dernier vers la suppuration et ses conséquences (l'ouverture à la peau ou incision au bistouri). On dit (1) :

(1) Opuscule du « Propidon ».

Le vaccin de Delbet fait avant incision de l'abcès, on a une sédation rapide de la douleur ; s'il faut inciser (incision esthétique), guérison rapide (Observations des Docteurs d'Auvray, Robineau, Obs. VI).

— Le Delbet, fait après incision de l'abcès, amène sédation de la douleur et guérison rapide.

En réalité, un fait mérite toute attention, c'est le vaccin de Delbet employé comme traitement abortif de l'abcès du sein ; dans tous les autres cas, les mêmes résultats s'obtiennent aussi rapidement après incision petite et bon drainage.

STOCK VACCIN ET TRAITEMENT ORDINAIRE DES INFECTIONS PUERPÉRALES

« L'inutilité du traitement ordinaire nous apparaît telle, qu'actuellement nous n'ordonnons plus de glace à nos malades, que nous leur permettons de se lever quand bon leur semble, dès qu'elles se sentent capables de le faire. » (Thèse de Kuss, 1920.)

Nous n'en dirons pas autant.

Dans tous les cas nous avons associé la thérapeutique vaccinale à celle des abcès de fixation et application de glace, et notre Maître n'autorisait le lever précoce qu'après 5 jours d'apyrexie complète.

Dans un cas heureux de guérison rapide, nous avons eu une rechute, après un lever que 7 jours à 37°-37°2 permettaient d'autoriser (Obs. III, deuxième partie).

Sédation de la douleur ne veut pas dire guérison (Cotte et Creyssel) ; dans bien des cas aucun pronostic ne peut être fait sur la révolution complète et définitive du foyer infectieux, que seule une nouvelle grossesse mettrait en évidence.

Somme toute, guérison clinique dans 7 cas sur 20, évolution sensiblement la même que dans les infections traitées uniquement par la médication anti-infectieuse ordinaires dans tous les autres cas.

Nous en avons acquis la preuve en soignant :

2 endométrites à streptocoques et colibacilles ;

1 endométrite à streptocoques et colibacilles (contre-indication au vaccin de Delbet : néphrite avec hypertension, albuminurie) ;

1 cellulite pelvienne (contre-indication au vaccin de Delbet : insuffisance aortique), par le traitement anti-infectieux ordinaire avec guérison au bout de trois semaines à un mois.

VALEUR THÉRAPEUTIQUE DU STOCK VACCIN DU PROFESSEUR DELBET

Associés au traitement ordinaire, les résultats du stock vaccin se confondent dans nombre de cas avec ceux du traitement ordinaire.

On a voulu voir dans cette méthode nouvelle une véritable panacée capable de suppléer toutes les autres thérapeutiques.

Le stock vaccin semble agir quelquefois en stimulant les moyens de défense de l'organisme, trop souvent il échoue.

Vaccinothérapie et traitement ordinaire ne peuvent que se compléter ; il semble que l'on puisse dans quelques cas en obtenir des résultats favorables.

Un fait reste acquis : la vaccinothérapie ne saurait se substituer aux traitements qui ont déjà fait leurs preuves, en supprimant leur emploi.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement des infections puerpérales par le stock-vaccin du Docteur Delbet n'est pas sans danger (réaction générales graves : choc, intoxication, etc.) et doit être employé avec prudence.

II. — Le stock vaccin du Docteur Delbet ne semble pas avoir une action vaccinnante spécifique à effets éloignés dans les infections puerpérales aiguës (observation 6, 2^e partie).

III. — Dans certains cas heureux des infections puerpérales localisées, on observe : sédation de la douleur, évolution clinique très favorable des lésions, (résultats apparents, qui peuvent ne pas correspondre à la guérison anatomique des lésions).

Cette action thérapeutique peut être liée à l'action de choc, non spécifique, et à la chute concomitante de la température.

IV. — Trop souvent dans les infections même localisées, l'action de choc ne se produit pas; si elle se produit, elle n'est suivie d'aucun effet thérapeutique immédiat (ténacité de la douleur, localisation tardive; non résolution des lésions; réactions de voisinage; extension du processus infectieux; phlébite, foyers pulmonaires, abcès).

La persistance des hautes températures traduit l'inefficacité du traitement vaccinal et les lésions évoluent vers leur destinée habituelle.

V. — En somme la pratique exclusive du stock-vaccin du Professeur Delbet donne de bons résultats dans certaines formes d'infections localisées de la puerpuéralite, mais ne présente dans beaucoup d'autres, aucun avantage sur la thérapeutique ordinaire.

VI. — Dans les infections généralisées aiguës, l'action thérapeutique du stock-vaccin est presque toujours nulle, néanmoins dans quelques cas exceptionnels, elle donne des succès inespérés (un cas de guérison avec hémoculture positive — observation 3, première partie).

VII. — Dans les abcès du sein l'effet abortif du stock-vaccin est seul intéressant et mérite d'être recherché.

VIII. — Cependant, il semble en l'état actuel de la question, que l'association du traitement vaccinal à la thérapeutique anti-infectieuse locale et générale ne doive pas être négligée et qu'on puisse dans certains cas en obtenir des résultats favorables.

LE DOYEN,
Jean LEPINE

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
P. COURMONT.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 23 Juin 1922

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARLOING, DUFOUR et LONGERON. — Nouvelles recherches sur l'influence du choc anaphylactique dans les infections expérimentales. (*Presse Médicale*, 3 décembre 1921.)
- BEILING. — Au sujet du streptocoque. (*Bull. Inst. Pasteur*, février 1922.)
- BURNET, et WEISSENBAUGH. — Classification du streptocoque. (*Bulletin Institut Pasteur*, 1918.)
- Bactériothérapie et Protéosothérapie. — (*Presse Médicale*, oct. 1917.)
- BONNET L.-M. — Vaccinothérapie, sérothérapie, protéinothérapie dans les bubons consécutifs au chancre mou. (*Lyon Médical*, 25 avril 1922.)
- BAR et BRINDEAU. — Pratique des accouchements.
- BENSIS. — Flore vulvaire et vaginale chez la femme.
- BONNAMOUR et DUQUAIRE. — Traitement de l'asthme et de l'emphysème tuberculeux par la vaccinothérapie spécifique. (*Lyon Médical*, 25 juin 1922.)
- BUMM. — Recherches bactériologiques sur l'endométrie puerpérale. (*Annales de Gynécologie*, février 1892.)
- CASSAN. — La protéinothérapie. (*Thèse Paris*, 1919.)
- COTTE, LONGERON, BOCCA. — Traitement d'un abcès du sein par la vaccinothérapie associée au traitement chirurgical. (*Lyon Médical*, 1921.)

- COTTE et CREYSSSEL. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie des annexites. (*Lyon Chirurgical*, février 1922.)
- CASTAIGNE. — Vaccinothérapie. (*Journal Médical Français*, mars 1919.)
- CHAUVEAU. — Sur la septicémie puerpérale expérimentale. (*Lyon Médical*, 1882.)
- DARIER. — Vaccins, sérums et ferments dans la pratique journalière. (*Bull. Société d'Obstétrique*.)
- DELBET. — Injections thérapeutiques de cultures vieilles. (*Communication Acad. Méd.*, 8 décembre 1914; *Bulletin Acad.*, 3^e série, tome LXXII, 1914.)
- DESCOMPS. — *Société de Chirurgie*, 7 juillet 1920.
- DE BOVIS. — L'auto-infection puerpérale au point de vue bactériologique. (*Semaine Médicale*, 1906.)
- DOLERIS. — A propos du streptocoque puerpéral (*Nouvelles Archives d'obst. et Gynécologie*, 1892.)
— Anatomie pathologique, physiologie du streptocoque puerpéral. Son habitat. Sa vitalité. Sa virulence. (*Nouvelles Arch. d'Obst et Gynéc.*, 1894.)
- DALLINGER. — Modifications dans l'état bactériologique des organes génitaux de la parturiente. (*Journal d'accouch.*, Liège, 1897.)
- DUPONT A. — Vaccin de Delbet (*Progrès Médical*, 1920.)
— Quelques résultats obtenus avec le vaccin de Delbet. (*Presse Médicale*, 1921.)
- DUFOURT A. — Colloïdoclasothérapie. Mode d'action et utilisation des chocs dans les infections. (*Journal de Médecine de Lyon*, 1921.)
- FAVREUIL et FORTINEAU. — Traitement de quelques infections par un vaccin pyocyanique. (*Presse Médicale*, 1922.)
- FABRE et BOURRET. — Danger de l'infection secondaire des femmes en couches par les porteurs sains de streptocoques. (*Bull. Soc. Obst.*, Paris 1909.)

- FABRE et AMSTOD. — Quelques notions nouvelles sur les streptococcies des suites de couches. Détermination de la virulence du streptocoque hémolysant. (*Bull. Soc. Obst.*, Paris, 1910.)
- FIESSENGER. — Proteinothérapie et protéosothérapie. (*Journal des Praticiens*, 1920.)
- FIESSENGER, RONQUE et SENEZ. — Influence du milieu sur les qualités des antigènes bactériens. (*Société de Pathologie comparée*, 1918.)
- FLEXNER. — Considérations générales sur la sérothérapie et la vaccinothérapie. (*Presse Médicale*, 1921.)
- GATE et DUPASQUIER. — Considérations pratiques sur l'auto-hémothérapie en dermatologie. (*Journal de Médecine de Lyon*, mai 1922.)
- GALLARD. — Qu'est-ce la fièvre puerpérale ? (*Thèse*, Paris, 1857.)
- GIRODE. — Le vaccin de Delbet. (*La Médecine*, n° 1, oct. 1921.)
- GOMIER. — Y a-t-il du streptocoque dans les sécrétions vaginales des femmes enceintes ou en couches ? (*Centralb. für Gynak*, 1899.)
- GOWAERTS J. — Quelques données expérimentales sur la signification des septicémies. (*Presse Médicale*, 1898.)
- GAUCHER. — La vaccinothérapie dans les affections chirurgicales. (*Gazette des praticiens*, mars 1922.)
- GRÉGOIRE. — A propos de la vaccinothérapie. (*Presse Médicale*, 1921.)
- JEANNIN C. — Infection puerpérale et recherches bactériologiques. (*Thèse*, Paris, 1900.)
- KRONGOL et DWINAER. — *Bull. Inst. Pasteur*, 1918.
- KUSS — Vaccinothérapie dans les annexites. (*Phèse*, Paris, 1920.)
- KRSNING. — Nature des microbes vaginaux (*Soc. Obst. Liepzig* 1895.)
- LEQUEUX, LAFFONT et CHOMÉ. — Vaccination préventive dans la septicémie puerpérale par le lipo-vaccin. (*Presse Médicale*, 1921.)

- LUMIÈRE A. — Etat colloïdal et anaphylaxie. (*Presse Médicale*, 1921.)
- MANTE. — Ma pratique de la vaccinothérapie. (*Journal des praticiens*, mars 1911 ; *Société de Biologie*, mars 1919.)
- MARMOREK. — L'unité des streptocoques pathogènes pour l'homme. (*Annales Inst. Pasteur*, 1902.)
- MINET J. — La vaccinothérapie dans les affections médicales. (*Gazette des praticiens*, 1920.)
- Traitement des affections pulmonaires aiguës par la vaccinothérapie. (*Presse Médicale*, 1921.)
- Traitement de l'asthme par les vaccins. (*Presse Médicale*, 1921.)
- MULLER. — The non specific character of vaccinothérapie. (*Journal of Amer. Med. Assoc.*, 1917.)
- NOLF. — Bacteriothérapie et proteosothérapie. (*Presse Médicale*, 1917.)
- NICOLLE. — Les antigènes et les anticorps.
- OMBREDANNE. — Résultats de la vaccinothérapie chez les enfants. (*Presse Médicale*, 1921.)
- POLICARD. — Evolution des plaies de guerre.
- PERAIRE. — Endométrite infectieuse. (*Thèse*, Paris, 1899.)
- PAILLARD H. — Quelques questions d'actualité à propos de l'anaphylaxie (thérapeutique par le choc). (*Journal Médical français*, 1922.)
- POCHON. — Emploi d'un vaccin polyvalent dans les plaies de guerre. (*Presse Médicale*, 1917.)
- PLISSON. — Traitement des adéno-phlegmons par le Propidon. (*Lyon Chirurgical*, février 1922.)
- POUSSIN. — Contribution à l'étude de la septicémie puerpérale gonococcique. (*Thèse*, Paris 1918.)
- RICHEL Fils et GODLEWSKI. — Causes, diagnostic et mécanisme des chocs. (*Journal Médical français*, 1922.)

RICHARD. — Traitement de 62 cas d'infections de la grossesse et des suites de couches. (*Thèse*, Lyon 1922.)

— Du traitement de certaines affections chroniques par la bactériologie. (*Thèse*, Paris 1918.)

RENAUD et BADET. — Les vaccins microbiens.

ROGER. — Traitement de l'asthme par les auto-vaccins. (*Presse Médicale*, 1921.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. — Communications au sujet du vaccin de Delbet. (Séances des 27 janvier, 4, 11, 25 février, 20 juin, 7 juillet 1920.)

SALLE. — Vaccinothérapie de la blennorrhagie. (*Thèse*, Lyon 1913.)

TARNIER. — Fièvre puerpérale purulente. *France Médicale*, 1895.)

VOUAUX. — La bactériothérapie, dans les infections pyogènes, pratiquée principalement dans les blessures de guerre. (*Thèse*, Paris 1916.)

WRIGHT. — Les leçons de la guerre et les nouvelles vues dans le domaine de l'immunisation thérapeutique. (*Presse Médicale*, 1919.)

— Principes et emploi de la vaccinothérapie. (*Communication Société Royale de Londres*, 1919.)

WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. — A propos de l'utilisation thérapeutique des chocs anaphylactiques. (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 juin 1914.)

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	9
Introduction.	11
Chapitre premier. — L'infection puerpérale. Son agent habituel : le streptocoque pyogène . . .	15
Chapitre II. — Mode d'action général des vaccins du stock-vaccin du Professeur Delbet.	20
Observations	33
Première partie : Infections généralisées du post-abortionum et du post-partum.	33
Deuxième partie : Infections moyennes du post-abortionum et du post-partum avec localisations extra-utérines diverses	40
Troisième partie : Abscès du sein	68
Résultats cliniques du stock-vaccin du Professeur Delbet dans les injections puerpérales aiguës post-partum et post-abortionum	73
Conclusions.	80
Bibliographie	82
